Nr 3 16 stycznia 1938 Rok XVII

POLSKA GAZETA LEKARSKA

WYKŁAD

Prof. dr E. ARTWIŃSKI Lwów

Zarys nowożytnej myśli psychiatrycznej

Wykład wstępny

Tradycją akademicką uświęconym zwyczajem, wykłady zaczynam od złożenia hołdu memu poprzednikowi na tej katedrze, śp. Rektorowi Henrykowi Halbanowi.

Halban był jednym z pierwszych pionierów leczenia porażenia postępującego. W czasach, kiedy zadanie to uważano za niewykonalne, zachęcał do podjęcia tego tematu. W 1902 r. stwierdza lecznicze znaczenie gorączki i rozległego ropienia w przebiegu porażenia postępującego. Podkreśla, że postacie maniakalne porażenia postępującego we wczesnych okresach cierpienia najłatwiej ulegają poprawie. Na podstawie własnego doświadczenia i piśmiennictwa zaleca jak najdokładniejsze naśladownictwo „natury" w dalszych usiłowaniach leczniczych. Kilka prac na ten temat wydał już jako profesor Uniwersytetu Lwowskiego. Niemały jest udział Henryka Halbana w wielkiej zdobyczy medycyny lat ostatnich: w skutecznym leczeniu porażenia postępującego. Rozległemu tematowi zaburzeń pozapiramidowych poświęcił wiele pracy sam i wspólnie ze swoimi współpracownikami. Wszystkie Jego spostrzeżenia wytrzymały zwycięsko próbę czasu i na zawsze pozostały cennym dorobkiem nauki.

Rektor Halban był współczującym człowiekiem, znakomitym organizatorem i szczęśliwym inicjatorem wielu poczynań. Nie śmiem tu o tym dłużej mówić, gdyż ci, którzy z Nim współpracowali, ocenili już Jego działalność naukową, nauczycielską i społeczną.

Pragnąłbym tylko jeszcze wspomnieć, że dzięki Jego usilnej pracy powstała Klinika Neurologiczno-Psychiatryczna U. J. K. we Lwowie.

Stosunek narodów do umysłowo chorych kształtował się w ciągu wieków rozmaicie. W starożytnej Grecji psychicznie chorych pozostawiano w ich domach rodzinnych i postępowano z nimi podobnie, jak z innymi chorymi. W początkach ery chrześcijańskiej obłąkanych umieszczano w specjalnych domach, niekiedy, jak na ówczesne czasy, dobrze urządzonych. Od XIV do XVII w. psychicznie chorych uważano za czarowników lub za opętanych przez złego ducha i wskutek tego zachowywano się względem nich nieludzko. Krępowano ich łańcuchami a nierzadko i na stosach palono. Jeszcze w XVIII w. łańcuchy i narzędzia tortur w zakładach dla umysłowo chorych nie były rzadkością. „Los umysłowo chorych w Polsce nie był tak twardy i okrutny, jak ich towarzyszów niedoli w zachodniej Europie" (L. Wachholz).

Rok 1789 jest i w tym kierunku rokiem przełomowym. Równocześnie z ogłoszeniem praw człowieka i obywatela, psychiatra francuski Pinel zwalnia z łańcuchów umysłowo chorych. Dalszym krokiem w zdobywaniu swobód dla umysłowo chorych było zniesienie środków krępujących przez psychiatrę angielskiego Conolly (1839). Humanitarna działalność psychiatrów francuskich i angielskich rozpowszechniła się stopniowo i w innych krajach europejskich. Podawano już wiele i to bardzo różnorodnych sprawdzianów kultury ludzkiej. Można by też odważyć się na twierdzenie, że jakość opieki nad umysłowo chorymi może być również wskaźnikiem kultury danego narodu.

Jeżeli się wspomni o okrucieństwach, jakie popełniano względem umysłowo chorych we wszystkich krajach europejskich od XIV do XVII w., a nawet jeszcze i z początkiem XIX w. i porówna się z obecnym stanem opieki psychiatrycznej w niektórych krajach wprost wzorowym, to łatwo pojmiemy, jak długą i trudną drogę odbyła w tym kierunku psychiatria.

Obecnie umysłowo chorzy są znowu leczeni jak i inni chorzy, podobnie, jak to już było niegdyś w starożytnej Grecji.

Nie podobna zrozumieć teraźniejszości bez wniknięcia w przeszłość.

Chcąc zorientować się w prądach współczesnej psychiatrii, trzeba choćby pobieżnie poznać ważniejsze etapy jej rozwoju.

Badania rozwoju psychiatrii obejmują dwie dziedziny: historię opieki nad umysłowo chorymi, którą naszkicowałem już tu najogólniej, i rozwój doktryn psychiatrycznych.

Pragnąłbym tutaj pokrótce omówić rozwój nowożytnej myśli psychiatrycznej. W dziejach psychiatrii ostatnich stu pięćdziesięciu lat znaczą się wyraźnie dwa prądy, które najogólniej można by nazwać kierunkiem „somatycznym" i „spirytualistycznym".

Zdaniem Kanta, o poczytalności przestępcy powinni orzekać nie lekarze, ale filozofowie. Hegel, podobnie jak i Kant, uważał się również za uprawnionego do rozprawiania o powstawaniu i istocie chorób umysłowych. Nawet psychiatra zawodowy Pinel w pracy swojej z 1800 r. nawiązuje do poglądów Locke'a i Condillaca na umysłowo chorych.

Wielkie znaczenie dla rozwoju myśli psychiatrycznej miało i to, że pierwszymi badaczami umysłowo chorych byli lekarze zakładowi, żyjący ze swoimi chorymi dosłownie bardzo blisko. Stałe współżycie wymagało nie tylko wiele idealizmu, ale i samozaparcia się od ówczesnych psychiatrów. Być może, że te właśnie cechy charakteru i umysłu pierwszych badaczy psychiatrów spowodowały, że opisywali umysłowo chorych, idealizując ich niejako. Szczerym współczuciem i wzruszającym sentymentem są zabarwione pierwsze kliniczne opisy umysłowo chorych, ale przez to nie są one zupełnie prawdziwe.

Wśród lekarzy zakładowych na pierwsze miejsce wysuwa się historyczna już dziś postać wielkiego psychiatry francuskiego Esquirola (1772—1840). Esquirol nie ograniczał swojej działalności naukowej wyłącznie do opisów umysłowo chorych, ale starał się ustalać związki między wiekiem, płcią, porami roku a chorobami umysłowymi. Zapoczątkował badania statystyczne w psychiatrii. Pierwszy też dostrzegł, że choroby umysłowe przebiegają niekiedy ze zwolnieniami i przerwami. Podkreślił po dziś dzień ważne dla rokowania znaczenie ciężaru ciała. Esquirol był twórcą metody opisowej, która, pomimo rozwoju wielu innych sposobów badania, dotychczas zachowała swoją pełną wartość. Wpływy naukowe Esquirola przekroczyły nie tylko granice stulecia, w którym żył, ale i rozwinęły się szeroko poza granicami jego ojczyzny. Działalność naukowa Esquirola to piękny przykład wartości sumiennych badań, których czas nie niszczy, następcy nie zapominają, a jedynie nowymi wzbogacają szczegółami.

Esquirol wywarł silny wpływ na najwybitniejszych spośród psychiatrów: Griesingera, Krafft-Ebinga, Kraepelina i wielu innych. Esquirola można też słusznie uważać za twórcę kierunku klinicznego, który już wkrótce miał się ujawnić w związku z powstaniem uniwersyteckich katedr psychiatrii i neurologii.

Jednym z najwybitniejszych, pośród ówczesnych psychiatrów spirytualistów, był profesor Uniwersytetu Lipskiego Heinroth (1818). Poglądy jego są podbarwione zapatrywaniami teologiczno-moralizatorskimi. Obłąkanie, według niego, może być wywołane miłością i zazdrością, melancholia zmartwieniem, zgryzotą i troskami, a różnorodne urojenia zarozumiałością, niezaspokojoną ambicją, żądzą sławy, marzeniami i fanatyzmem. Jeżeli człowiek przekroczy ramy prawa i porządku dziejeje i popada w stan podniecenia szałowego. Widzimy więc, że Heinroth uważał za źródło chorób umysłowych wyłącznie czynniki moralne i uczuciowe. Jaskrawiej jeszcze pogląd ten został wyrażony przez Burrowa (1828), który pisze: „Obłąkanie jest jedną z klątw, jaka przez Wszechmocnego została rzucona na ludzkość za jej grzechy", Nasse i Friedrich twierdzili znowu, że dusza nieśmiertelna w ogóle nie choruje, a tylko zaburzenia ciała sprawiają, że czynności duszy nie mogą być we właściwy sposób ujawnione.

Jednak już w tych czasach, kiedy patrzono na umysłowo chorych jeszcze przeważnie z punktu widzenia spekulatywnego a nie lekarskiego, należy wspomnieć o pełnym zdrowego rozsądku odezwaniu się psychiatry niemieckiego Reila (1803),

który słusznie twierdził, że „mędrkuje się za wiele, a widzi za mało".

Prócz kierunku spirytualistycznego daje się odnaleźć jeszcze i drugi. Psychiatrzy zorientowani „somatycznie" inaczej ujmowali zjawiska psychopatologiczne. Powołując się na wielkiego Hippokratesa twierdzili, że mózg jest siedzibą zjawisk psychicznych, a tym samym i miejscem powstawania chorób umysłowych.

Zapatrywania Jacobi'ego (1830) były godne uwagi i bardzo już „nowoczesne". Twierdził on, że przyczyn powstawania nienormalności psychicznych należy szukać nie wyłącznie w mózgu, ale i w innych narządach. Zdaniem Jacobi'ego wszystkie narządy ustroju współdziałają i przyczyniają się do powstawania zaburzeń psychicznych. Każde cierpienie ostre, czy przewlekłe, może wywołać różnorodne zaburzenia umysłowe.

Z biegiem lat kierunek „somatyczny" zyskuje coraz liczniejszych zwolenników. Griesinger, psychiatra zurychski, w latach siedemdziesiątych ubiegłego wieku ogłasza swoją „Patologię i terapię chorób umysłowych". W dziele tym wskazuje na ważność badań anatomo-patologicznych układu nerwowego dla psychiatrii. Meinert (1890) i Wernicke (1899) rozwijają kierunek myśli i pracy Griesingera. Meinert i Wernicke tworzą piękne teorie o związku zaburzeń psychicznych ze zniszczeniem pewnych pól mózgowych. Dla Wernicke'go choroby umysłowe, to nic innego, jak tylko choroby mózgu lub jego naczyń, i nic ponadto. Dokładne poznanie mózgu i jego różnorodnych dróg asocjacyjnych miało według Wernicke'go wytłumaczyć kiedyś wszystkie objawy chorób umysłowych. W dziele Wernicke'go poglądy somatyków znajdują swoje szczytowe wzniesienie. Udoskonalone sposoby barwienia umożliwiły badaczom układu nerwowego (Monakow, Nissl, Alzheimer i inni) wydobycie z preparatów anatomicznych mnóstwa nowych szczegółów. Histopatologowie posunęli znajomość anatomii prawidłowej i patologicznej układu nerwowego prawie do granic doskonałości. Wielcy somatycy byli równocześnie znakomitymi analitykami objawów klinicznych.

Podobnie jak Esquirol we Francji, tak Kahlbaum w Niemczech był twórcą kierunku klinicznego, tak świetnie rozwiniętego następnie przez Kraepelina i jego szkołę. Klinicyści, nie lekceważąc bynajmniej doniosłości i ważności anatomicznych badań mózgu, umieli jednak wyznaczyć dla nich właściwe granice. Zdaniem Kraepelina wartość badań anatomicznych mózgu okazała się dla psychiatrii klinicznej mniejszą, aniżeli można było przypuszczać.

Współczesna psychiatria kliniczna korzysta z wielu badań pomocniczych: chemicznych, serologicznych, psychologicznych i innych. Zasługą tego kierunku jest wprowadzenie psychiatrii do rzędu nauk klinicznych, oraz całkowite zatarcie jej dawnego spekulatywnego stanowiska. Nowoczesna psychiatria nie tworzy już mitów ani spekulatywno-moralistycznych, ani rzekomo naukowo ścisłych anatomicznych. „Mitologia mózgu" Wernicke'go, jak ją kiedyś nazwał Jaspers, ma już wartość jedynie historyczną. Psychiatria kliniczna, podobnie jak i inne kliniki współczesne uczy cenić przede wszystkim wartość ścisłego badania i najszerzej pojętego doświadczenia klinicznego.

Wspomniany tu już Jacobi pisał przed stu laty, że kierownik zakładu psychiatrycznego powinien mieć do pomocy i współpracy nie tylko anatoma, ale i zawodowo wyszkolonego chemika.

Takby w najogólniejszym skróceniu przedstawiały się najważniejsze prądy w psychiatrii.

Kierunek spirytualistyczny był wcześniejszy. Z biegiem lat prąd somatyczny zdobywał coraz to rozleglejsze tereny. Mogło się już było wydawać, że zwycięstwo kierunku somatycznego było ostateczne i całkowite i że kierunek spirytualistyczny na zawsze już został odrzucony. Okazało się jednak, że tak nie jest. Znikł on wprawdzie na jakiś czas, ale w ostatnich dziesiątkach lat wypływa znowu na powierzchnię i zaczyna domagać się prawa do życia.

Według zapatrywań nie lekarzy, choroby umysłowe spowodowane są przykrymi przeżyciami, lub tragicznymi wydarzeniami życia. W każdej młodej umysłowo chorej dopatrują się chętnie szekspirowskiej Ofelii. Nie jest to tylko pogląd profanów. Słyszeliśmy, że podobnie sądził kiedyś zawodowy psychiatra Heinroth i wielu jego zwolenników. Dzisiaj naukowo wyszkoleni psychiatrzy doszukują się przyczyn nie tylko nerwic, ale i chorób umysłowych w przeżyciach psychicznych. Wystarczy wspomnieć szkołę Freuda i jego licznych, mniej lub więcej wiernych wyznawców, a nawet i odszczepieńców. Kierunek psychoanalityczny uczy dopatrywać się rodowodu zjawisk psychopatycznych w sferze przeżytych zjawisk psychicznych. Urazy tkwiące w podświadomości, a wydobyte drogą żmudnej analizy psychologicznej, mają tłumaczyć powstawanie i przebieg chorobowych zjawisk psychicznych. Pięknie nazwano kierunek psychoanalityczny głębinowym, gdyż dąży on aż poza granice świadomości ludzkiej. Tropi przeżycia, które w zwykłych warunkach pozostałyby na zawsze nieznane. Kierunek psychoanalityczny, jak każdy nowy ruch umysłowy, może zresztą podobnie, jak i wszelka młodość, jest skłonny do przeceniania swoich sił i własnej ważności. Psychoanaliza ma bowiem tłumaczyć prawie wszystko w zakresie zjawisk psychopatologicznych, jednostkowych i zbiorowych. Sądzi, że wyjaśnia w tej dziedzinie bardzo dużo, jednak czy nie za wiele? O wartości badań podświadomości wypowiedział się już na początku XIX w. W. Hamilton, porównywując naszą świadomość z powierzchnią, a podświadomość z głębią wód górskiego jeziora. Trudno w tym miejscu nie wspomnieć Edwarda Abramowskiego, badacza wnikliwego i sumiennego stanów podświadomych.

Zbliżonym do prądu psychoanalitycznego jest kierunek reprezentowany przez Jaspersa. Jaspers, podobnie jak i psychoanalitycy, uznaje badania psychologiczne umysłowo chorych za konieczne. Badacz ten twierdzi, że zjawiska psychopatyczne można zrozumieć jedynie na drodze psychologicznej. Pragnąc umysłowo chorego zrozumieć należy się wmyśleć i wczuć w jego psychikę. Według Jaspersa, myśl badacza sięga jedynie do granic świadomości ludzkiej i nie jest zdolna jej przekroczyć. Zdaniem Jaspersa, przyczyn chorób umysłowych należy się doszukiwać nie tylko w psychice, ale i w innych dziedzinach życia ludzkiego.

Celem medycyny jest nie tylko opisywanie i rozpoznawanie chorób i ich przyczyn, ale przede wszystkim leczenie i zapobieganie im. Zadanie to może być spełnione jedynie wówczas, jeżeli poznanie nasze nie ograniczy się wyłącznie do badań psychologicznych.

Badania zmian cielesnych i dziedziczności są konieczne i niezbędne dla poznania umysłowo chorych.

Esquirol żądał kiedyś dokładnego opisu chorych i my dzisiaj dążymy do tego samego celu. Unikamy wszelkich apriorycznych spekulacyj i kładziemy nacisk na dokładną i wszechstronną analizę zjawisk klinicznych. Analizując objawy nie tracimy jednak z oczu tej niepodzielnej całości, jaką jest człowiek chory, jako jednostka psychofizyczna. Bo, jak słusznie powiada A. Carrel, „człowieka nie da się podzielić na części, a jeżeliby się oddzieliło narząd od narządu, to „Człowiek" przestałby istnieć". I dalej: „zła nowina (czynnik psychiczny) może się odbić równocześnie na stanie uczuciowym i umysłowym, może wywołać zaburzenia nerwowe, krążenia krwi, zmiany fizyczno-chemiczne we krwi i jeszcze szereg innych zaburzeń".

Powyższy przykład wykazuje obrazowo, jak wysoce trudnymi do wszechstronnego opisu są najprostsze na pozór zjawiska psychofizyczne. O ileż więcej jeszcze są powikłane zaburzenia chorobowe. Wszechstronny, naukowy opis zjawisk klinicznych jest dalekim jeszcze ideałem, do którego zbliżamy się bardzo powoli.

Przebiegliśmy pokrótce ważniejsze etapy myśli psychiatrycznej ostatnich lat stu kilkudziesięciu. Trudno jest podać ściślejsze daty, kiedy się kończą jedne, a zaczynają inne kierunki w psychiatrii. Niewątpliwie jednak pozornie sprzeczne prądy, spirytualistyczny i materialistyczny, syntetyczny i analityczny, wzajemnie się przeplatały i uzupełniały, zbliżając nas stopniowo do poznania tych najbardziej powikłanych, pośród wszystkich innych chorób ludzkich, zaburzeń umysłowych. Z całą pewnością można stwierdzić, że żadna z głoszonych teoryj nie ostała się trwale, i że nie było wpośród nich takiej, która by nie uległa odwiecznemu prawu życia, tj. zmienności. Stare teorie nigdy nie umierały, ale jedynie przekształcały się i zgodnie z duchem czasu odradzały się w innych postaciach, przystosowanych do nowych pojęć. Dzieje psychiatrii potwierdzają prawdziwość słów klinicysty francuskiego Sedillota, że: „ściśle spostrzegane zjawiska kliniczne i sposoby leczenia, dające dobre wyniki, mają warunki dłuższego trwania, aniżeli teorie i doktryny".

Jak widzieliśmy, psychiatria opierała się pierwotnie na podłożu filozoficznym. Z biegiem czasu odrywała się ona od filozofii i łączyła się ściślejszymi i liczniejszymi węzłami z medycyną ogólną. Psychiatria, korzystając ze współpracy i pomocy innych gałęzi medycyny, stawała się sama nauką kliniczną. Wpływy okazały się jednak wzajemne. W medycynie wewnętrznej zaczęto przypisywać coraz to znaczniejszą rolę czynnikom psychicznym. Od dawna powszechnie przyznawano wielkie znaczenie zmartwieniom w powstawaniu różnych cierpień narządów wewnętrznych — przede wszystkim kolki żółciowej i dusznicy bolesnej. Dziś spostrzeżenie to może już być uważane nie tylko za wyraz naiwnego, ale i naukowego poglądu na te zjawiska. W związku z tym, coraz to trwalsze podstawy zyskuje

twierdzenie, że leczymy nie chorobę, ale człowieka chorego. Współczesny internista, podobnie jak psychiatra, musi się też liczyć z trudno uchwytnym wpływem czynników psychicznych. Szeroko pojęta psychoterapia stała się polem działania już nie tylko psychiatrii, ale medycyny wewnętrznej.

Niewątpliwie naukowa psychiatria mogła się rozwijać jedynie dzięki zastosowaniu i przyswojeniu sobie zdobyczy innych dziedzin medycyny, ale zasługą badań psychiatrycznych jest wpojenie przekonania, że psychologicznemu zrozumieniu cielesnie chorych należy również poświęcić wiele czasu i uwagi. Dlatego też może Jacquelin i Delore twierdzą, że psychiatria powinna być podstawą pełnego wykształcenia lekarskiego.

Mauriac, na podstawie przykładów zaczerpniętych z chorób wewnętrznych, zwraca uwagę, że należy wystrzegać się wszelkiego zbytniego upraszczania zjawisk klinicznych. Im dokładniej je poznajemy, tym więcej musimy na nie patrzyć jako na skutki działania wielu b. różnorodnych, a często nieznanych nam jeszcze czynników. Ostrzeżenie Mauriac'a przed uproszczonym tłumaczeniem zjawisk biologicznych i klinicznych ma zastosowanie nie tylko w zakresie chorób wewnętrznych, ale bodajże w wyższym jeszcze stopniu w chorobach umysłowych. Należy zdać sobie sprawę, że niejednokrotnie przy wyjaśnianiu zjawisk klinicznych wprowadzamy tylko nowe nazwy dla starych pojęć, które prawdziwego poznania ani o krok nie posuwają naprzód.

Szkic dziejów myśli psychiatrycznej byłby niezupełny, gdybyśmy go nie zakończyli choćby kilku słowami o losach psychiatrii polskiej. Historyk naszej psychiatrii Adolf Rothe pisze: „pojęcia o chorobach umysłowych przeszły w Polsce przez te same fazy i poszły tą samą drogą, jaką przebiegły gdzieindziej na zachodzie Europy". Pierwsze próby leczenia umysłowo chorych zaczynają się w Polsce z początkiem XVII w. Jest to zasługą Zakonu św. Jana Bożego, którego członków powszechnie u nas zwano Bonifratrami. Nasze piśmiennictwo psychiatryczne było mniej obfite, aniżeli w Europie zachodniej. Nie byliśmy go jednak całkowicie pozbawieni. Niepodobna tu streszczać całego naszego dorobku na tym polu. Z końcem XVIII w. ukazuje się praca popularna doktora medycyny, członka Zakonu OO. Bonifratrów, Ludwika Perzyny, pod tytułem: „Lekarz dla włościan". Dr Perzyna głosił podobne zasady, jak i sławny psychiatra francuski Pinel. Profesor fizjologii U. J., dr Józef Majer wydał w 1838 r. pracę pt.: „O różnicy osobniczej — przyczynek do nauki o temperamentach i konstytucjach". Z. Stanowski, po zanalizowaniu pracy Majera, uważa go zupełnie słusznie za poprzednika Kretschmera, o którego teoriach głośno dziś w całym świecie naukowym i to nie tylko psychiatrycznym.

Możemy się poszczycić czterema oryginalnymi podręcznikami psychiatrii. R. Pląskowskiego (1885), A. Rothego (1885), A. Erlickiego (1897), i M. Bornsztajna (1922).

Pierwszym uniwersyteckim nauczycielem psychiatrii był od 1874 r. Gustaw Neusser, docent psychiatrii U. J., a od 1880 r. dyrektor zakładu dla umysłowo chorych w Kulparkowie. Tradycje Neussera kontynuowali w Uniwersytecie Jagiellońskim Karol Żuławski i Jan Piltz. Henryk Halban był pierwszym profesorem psychiatrii w Uniwersytecie J. K. we Lwowie.

Pierwotnie psychiatria polska ulegała wpływom francuskim, które następnie ustąpiły miejsca wpływom niemieckim. Według R. Radziwiłłowicza, we współczesnej psychiatrii polskiej panują kierunki, zapoczątkowane przez Kraepelina i Bleulera.

Polacy Baliński i Mierzejewski kładli również fundamenty pod gmach psychiatrii rosyjskiej. Wdzięczni i świadomi ich zasług psychiatrzy rosyjscy wznieśli im w Petrogradzie pomnik z wymownym napisem: „Ojcom rosyjskiej psychiatrii".

Mimo niewątpliwego rozwoju psychiatrii teoretycznej w Polsce, opieka nad umysłowo chorymi wykazuje wciąż jeszcze wielkie zaniedbania. Licznych braków na tym polu nie zdołano zapełnić mimo starań wielu wybitnych psychiatrów i zdolnych organizatorów, jak Borowiecki, Piltz, Radziwiłłowicz, Zagórski i wielu innych. Zaniedbania nasze na tym polu są widocznym dowodem zacofania i opóźnienia kulturalnego w tej dziedzinie.

Pociechę znajdujemy w tym, że prawdziwie wielcy organizatorowie życia polskiego doniosłość tej sprawy dawno już pojęli i należycie ocenili. Pierwszy przytułek dla umysłowo chorych stanął w Krakowie w 1534 r. U schyłku XVII w. biskup krakowski Andrzej Trzebicki ufundował pierwszy w Polsce zakład dla umysłowo chorych na owe czasy wręcz okazały (L. Wachholz). Stanisław Staszic zapisał złp. 100.000 na fundusz utrzymania przy klinice Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu warszawskiego „kilku osób, chorujących na pomieszanie władz umysłowych, czyli tak zwanych pospolicie wariatów".

Dla właściwego zrozumienia i oceny testamentu ks. Staszica, należy dodać, że w jego czasach „kliniki liczyły zaledwie po kilka, do dwunastu łóżek" (Z. Włoch). Powstanie listopadowe uniemożliwiło wykonanie ostatniej woli ks. Staszica. Gdyby nie to, Polska byłaby przodowała w budowie klinik psychiatrycznych w Europie. Piękna tradycja została brutalnie przerwana, a mądra i ludzka myśl Staszica uległa zapomnieniu.

Pozostaje jeszcze do omówienia stanowisko psychiatrii pośród innych nauk. Zaklasyfikowanie psychiatrii, według przyjętych norm sztywnego podziału, na nauki humanistyczne i przyrodnicze, jest trudniejsze, aniżeli innych działów medycyny. Psychiatria studiująca zaburzenia życia psychicznego indywidualnego i zbiorowego, nie przestając być nauką przyrodniczą, wkracza również na teren nauk humanistycznych. Zgodne to jest z myślami, głoszonymi przez Jana Michała Rozwadowskiego, który jako językoznawca, z innych wychodząc przesłanek, wzywał do złączenia nauk fizycznych (przedmiotowych) i nauk humanistycznych (podmiotowych).

Niewątpliwie, psychopatologia opiera się na psychologii, ale nawzajem, ileż cennego materiału psychologia zawdzięcza psychiatrii. I wreszcie pytanie ostatnie. Jakie jest miejsce psychiatrii w szeregu innych nauk klinicznych? Mówiłem już o tym poprzednio. Pragnąłbym jeszcze tu wspomnieć o stosunku psychiatrii do neurologii. Czynności układu nerwowego dawniej ujmowano raczej statycznie, a ostatnio coraz to bardziej dynamicznie. Równolegle z tym zacierają się granice pomiędzy neurologią a psychiatrią. Dlatego też najsłuszniej może określił stosunek tych dwóch nauk Lhermitte, twierdząc, że neurologia z psychiatrią nie tylko łączą się, ale przenikają się wzajemnie.

PRACE ORYGINALNE

Dr St. GROCHMAL, ppor. Warszawa

Współudział nerki podkowiastej w zespole zaburzeń trawiennych u chorego na gruźlicę płuc

Z Oddziału Klinicznego Chorób Wewnętrznych Szpitala Szkolnego C. W. San. w Warszawie
Kierownik naukowy: Doc. dr M. Rosnowski, ppłk.

Zaburzenia trawienne w przebiegu gruźlicy płuc należą do dość częstych objawów. Na czoło ich wysuwają się głównie dolegliwości żołądkowe, rzadziej jelit, maskujące niejednokrotnie zasadnicze schorzenie. Zagadnienie to omówił ostatnio bardzo wyczerpująco Rosnowski, uzupełniając dotychczasowe wiadomości z tego zakresu licznymi spostrzeżeniami i gruntownymi badaniami własnymi. Do objawów najbardziej przykrych i uciążliwych dla chorego, a zarazem najbardziej niepokojących najbliższe jego otoczenie, należą uporczywe wymioty. Inne częstsze objawy, ale mniej przykre, to upośledzenie albo utrata łaknienia, odbijania, zgaga, mdłości, uczucie gniecenia, palenia lub wzdęcia po jedzeniu.

Przyczyną tych wszystkich dolegliwości, jak stwierdziły badania Rosnowskiego, zgodnie z wynikami innych autorów, są w początkowym okresie gruźlicy płuc i gruźlicy gruczołowej „zaburzenia w dynamicznej równowadze nerwów wegetatywnych, w okresach dalszych choroby wchodzi w grę działanie na żołądek jadów gruźliczych drogą krążenia krwi oraz ustawiczne drażnienie błony śluzowej żołądka połykaną plwociną.

Poza swoistymi zmianami w płucach, istnieje wiele innych przyczyn, mogących również wywołać niemniej różnorodny w swym obrazie klinicznym zespół zaburzeń żołądkowo-jelitowych u chorych na gruźlicę. Do takich należy cały arsenał leków stosowanych w leczeniu gruźlicy, a drażniących równocześnie przewód pokarmowy (przetwory kreozotu, arsen, jod, wapń), ciężkie, niehigieniczne warunki życia, nieracjonalne odżywianie się, znaczne braki w uzębieniu lub stany neuropatyczne. Niekiedy mogą współistnieć odrębne jednostki chorobowe wywołujące same przez się różnorodne objawy dyspeptyczne lub potęgujące je w łączności ze sprawą gruźliczą. Wykrycie tych czynników, albo ustalenie granicy ich wpływów, nasuwa często duże trudności raz, że łatwo o niektórych, rzadszych przyczynach zapominamy, po wtóre, że w braku wyraźnych cech rozpoznawczych mogą być w rozpoznawaniu różniczkowym przeoczone. Do liczby takich przypadków należy opisany poniżej.

Dnia 18. VI. 1937 r. przybył na Oddział chory I. A., lat 36 z rozpoznaniem lekarskim „Gruźlica płuc włóknisto-serowata nie postępująca. Guz w jamie brzusznej". Chory został skierowany celem ustalenia rozpoznania rodzaju guza, gdyż zachodziło podejrzenie o gruźlicę gruczołów krezkowych.

Wywiad: chory skarży się na bóle w prawym podżebrzu, występujące w pozycji leżącej na wznak lub na prawym boku, szczególnie po obfitszym jedzeniu, pojawiające się zwykle późnym wieczorem lub w nocy. Rano przy wstawaniu miewa mdłości, odbijania kwaśno-gorzkie, wymioty (ostatnio po każdym jedzeniu). Poza tym od ostatnich dni czuje się zdenerwowany, zwłaszcza z powodu nieustalenia rodzaju sprawy toczącej się w jamie brzusznej i być może, jak podaje, grożącej mu operacji; stracił apetyt, bardzo mało i źle sypia, odczuwa prawie stale mrowienie, przeważnie po klatce piersiowej. Kaszlu nie ma, ze strony układu moczowego dolegliwości żadnych nie odczuwa, stolec regularny.

Pierwsze objawy chorobowe zauważył mniej więcej przed 5 laty, tj. od r. 1932. Polegały one na bólach w jamie brzusznej, występowały niestale i tylko w nocy, w dzień natomiast jedynie przy dłuższym leżeniu. Z chwilą zmiany pozycji leżącej na siedzącą lub wykonania kilku kroków, bóle ustępowały. W tym samym prawie czasie, bo od r. 1931, prawie każdej zimy chorował rzekomo na grypę. Ostatnią „grypę", jak podaje, przebył w marcu 1937 r. — leczył się w szpitalu. Po grypie zaczął chudnąć, do czego dołączyły się niestałe wymioty, mdłości i odbijania. Stwierdzono wówczas gruźlicę płuc i skierowano go w połowie kwietnia (12. IV.) do sanatorium, gdzie stopniowo narastało zdenerwowanie, wywołując z kolei jeszcze większą utratę apetytu i wzmaganie się objawów żołądkowych. W ciągu 2 tygodni stracił na wadze około 4 kg. W tym czasie wzmogły się również bóle w jamie brzusznej. Zauważył wówczas w prawym nadbrzuszu guz tętniący, bolesny przy ucisku. Bóle w nocy i w czasie leżenia były coraz gwałtowniejsze. Wymiotował prawie wszystkie spożywane potrawy, z wyjątkiem kefiru. Z chwilą wystąpienia objawów żołądkowych, pod koniec drugiego miesiąca pobytu w sanatorium miał ślinotok. Utracił sen, zjawiło się przykre mrowienie, głównie w obrębie klatki piersiowej, trwające aż do chwili obecnej. Chory alkoholu nie używa, tytoniu nie pali, chorób wenerycznych nie przechodził. Wywiady rodzinne bez szczegółów charakterystycznych.

Stan obecny: wzrost średni, budowa typu astenicznego, odżywienie upośledzone, skóra z odcieniem brunatnawym, błony śluzowe blado-różowe. Ciężar ciała 54,8 kg. Ciepłota ciała prawidłowa. Źrenice równe, okrągłe, na światło i zbieżność oddziaływują prawidłowo. Jama ustna, język, migdałki i gardło zmian chorobowych nie wykazują. Uzębienie dobre. Obwodowe gruczoły chłonne szyi, pachowe i pachwinowe dosięgają wielkości ziarna grochu, niebolesne. Szyja cienka, średnio długa. Tarczyca niepowiększona, spoistości prawidłowej. Klatka piersiowa wąska, dołki nad- i podobojczykowe zaznaczone, kąt między łukami ostry. Badanie układu nerwowego stwierdziło: odruchy żywe, patologicznych brak, nieznaczne drżenie rąk.

Płuca: badanie radiologiczne (dr Całka) stwierdziło co następuje: drobne zagęszczenie w prawym szczycie, poza tym dość obfite, pasmowate zagęszczenia o charakterze zmian włóknistych w okolicy podobojczykowej prawej. Obfite zagęszczenia plamiste i pasmowate o charakterze zmian włóknistych i wytwórczych w szczycie lewym oraz okolicy podobojczykowej lewej. Wnęki powiększone. Przepona ruchoma. Z ważniejszych danych badanie fizykalne notuje niestałe drobnobańkowe rzężenia w okolicy grzebienia łopatki prawej, występujące po kaszlu.

Serce małe, o ustawieniu pionowym; tony głuchawe, tętno miarowe, 88/min., ciśnienie krwi 120/75.

Jama brzuszna. Powłoki miękkie, podściółka tłuszczowa nader skąpa. Żołądek obniżony, zawiera treść płynną. Przy badaniu obmacywaniem stwierdza się prawidłową kątnicę, brzeg wątroby gładki, spoistości prawidłowej, tuż pod łukiem żebrowym; śledziony nie wyczuwa się. W linii przymostkowej prawej, nieco powyżej pępka, przykręgosłupowo stwierdza się guz wielkości kurzego jaja, dość zbity, elastyczny, o powierzchni gładkiej, przy oddychaniu nieznacznie ruchomy, nie dający się wyraźnie odgraniczyć od strony przyśrodkowej, tętniący, przy ucisku bolesny. Opukowo nad guzem przytłumienie. Badanie radiologiczne przewodu pokarmowego (dr Całka) stwierdziło: żołądek opadnięty, o prawidłowej sprawności ruchowej, dwunastnica bez zmian chorobowych, poprzecznica opadnięta; guz w jamie brzusznej nie ma związku ani z żołądkiem ani z jelitami.

Wobec nie wystarczających danych do ustalenia ostatecznego rozpoznania, wykonano zdjęcie rentgenologiczne nerek, a następnie pyelografię dożylną (doc. dr Zawadowski). Wynik tych badań: na zdjęciu zwykłym widać zarys prawej nerki przechodzący ku kręgosłupowi, co odpowiada nerce podkowiastej. Urografia wykazuje prawidłowe wydzielanie obu nerek. Kształt i ułożenie miedniczek i kielichów po obu stronach odpowiadają nerce podkowiastej. Miedniczki leżą od przodu i bardziej bocznie, zaś kielichy przebiegają w kierunku przyśrodkowym i ku tyłowi. Kielichy są nieznacznie porozszerzane, zwłaszcza po stronie lewej. Opróżnianie się dróg moczowych nieco zwolnione (p. ryc.).



Wyniki dodatkowych badań pracownianych: badanie zawartości żołądka po próbnym śniadaniu Ewalda-Boasa; otrzymano 25 cm³ cieczy. Kwasota ogólna — 30 (0,10%), kwas solny wolny — 16 (0,05%), próba na krew ujemna, na pepsynę dodatnia kwasu mlekowego i barwików żółci nie wykryto; w osadzie składniki próbnego śniadania.

Badanie serologiczne krwi: odczyn Bordet-Wassermanna i citocholowy ujemne. Badanie składu morfologicznego krwi. Hb. 85%, wskaźnik 1,0. Krwinki czerwone prawidłowe, 4,390.000 w 1 mm³, krwinek białych 5.800 w 1 mm³, w tym obojętnochłonnych 82%, limfocytów 14%, monocytów 4%. Opadanie krwinek (metodą Westergreena): po 1 godz. — 10 mm, po 2 godz. — 25 mm, po 24 godz. — 80 mm. Odczyn Weltmanna — GGggg6553210.

Badanie plwociny: plwocina śluzowo-ropna, zawiera liczne komórki nabłonka, ciałka ropne, pałeczki typu Friedländera i ziarniaki gramododatnie; prątków Kocha nie stwierdzono.

Badanie moczu: ciężar gatunkowy 1020, odczyn kwaśny, nabłonki nieliczne, leukocyty nieliczne.

Badanie na zaczyny trzustkowe: kał — diastazy i trypsyny nie znaleziono. Mocz — trypsyny brak, diastazy 20 jednostek Wohlgemutha.

Rozpoznanie: na podstawie wywiadów i badania fizycznego należało brać pod uwagę możliwość istnienia guza, wychodzącego z gruczołów sieci większej, krezki lub pozaotrzewnowych, z jelit lub trzustki, nerki, lub istnienie tętniaka tętnicy brzusznej. Dokładne badanie radiologiczne przewodu pokarmowego z równoczesnym badaniem palpacyjnym nie wykazało łączności guza z jelitami, krezką i trzustką. Guzy jelit, poza znaczną ruchomością dają objawy zwężenia światła jelit. Guzy sieci większej są bardzo ruchome w kierunku poprzecznym i od dołu ku górze, natomiast nie przesuwają się od góry ku dołowi. Guzy krezki jelit cienkich odznaczają się ruchomością we wszystkich kierunkach zarówno palpacyjną, jak i zależną od zmiany położenia, tym większą im bliżej usadowione są przedniego brzegu krezki. Guzy trzustki posiadają głębokie położenie, są całkowicie nieruchome i przy mniejszych wymiarach dają odgłos bębenkowy. Stwierdzone upośledzenie zewnętrznego wydzielania trzustki można wytłumaczyć niedomogą czynnościową tego narządu, prawdopodobnie pod wpływem toksycznego działania jadów gruźliczych na jego miąższ. Bowiem w rozwiniętej gruźlicy płuc stwierdza się upośledzenie wydzielania trzustki w 59% (Maciszewski). Badania Maciszewskiego na oddziale szpitalnym prof. Goreckiego wykazały, że najczęściej i najszybciej zmniejsza się trypsyna (w 53% przypadków), po-

dobnie, lecz w mniejszym stopniu diastaza (w 47% przypadków), najsłabiej lipaza (w 22,4% przypadków). Za tego rodzaju tłumaczeniem przemawia współistnienie niedokwaśności żołądka, co również mogło powstać wskutek ogólnego zatrucia gruźliczego.

Przeciwko tętniakowi tętnicy brzusznej przemawiało położenie guza, wywiady i brak tętnienia istotnego, to jest brak podczas skurczu serca zwiększania się wymiarów guza we wszystkich kierunkach. Pozostała możliwość łączności guza z nerkami. Istotnie, zdjęcie nerek, uzupełnione pyelografią skierowało przypuszczenia na właściwą drogę i pozwoliło ustalić ostateczne rozpoznanie guza jako nerki podkowiastej, przy współistnieniu opadnięcia żołądka i poprzecznicy u chorego ze zmianami gruźliczymi w płucach o typie gruźlicy włóknistej.

Przebieg choroby i leczenie: leczenie chorego ograniczyło się właściwie do leczenia objawowego. W tym celu poza dietą odżywczą stosowano leki wzmacniające i uspokajające, oraz zwiększające łaknienie i ułatwiające trawienie (przetwory strychniny, arsenu, bromu, kwas solny z pepsyną, goryczki). Chory po wyjaśnieniu przyczyny pojawienia się guza i zrozumieniu jego nieszkodliwości — bardzo szybko otrząsnął się z przygnębiającego nastroju. Dotychczasowy lęk przed możliwą operacją z jej przypuszczalnymi powikłaniami ustąpił miejsca wewnętrznemu spokojowi. Uzyskana równowaga duchowa podwoiła skuteczność leczenia dietetyczno-lekowego. Toteż w miarę pobytu na Oddziale — samopoczucie chorego ulega szybkiej poprawie, wraca łaknienie i sen, ustępuje mrowienie, ślinotok i wymioty. Bóle w okolicy guza występują głównie w nocy, czasem po spożyciu pokarmów wywołujących wzdęcie. Chory przybywa na wadze (3. VII. — 56,5 kg i 18. VII. — 57,2 kg), ogółem 2,400 g. Bóle stopniowo coraz mniejsze, występują tylko przed zasypianiem lub przy dłuższym nieruchomym leżeniu na wznak lub na prawym boku. Pod koniec 4 tygodnia pobytu guz wyczuwalny jest znacznie mniejszy, również tętnienie jego wyczuwa się jakby znacznie słabsze. Apetyt i sen nadal dobre, wymiotów i mdłości nie ma. Po 5-tygodniowej obserwacji i leczeniu wypisano chorego w stanie znacznej poprawy.

Omówienie: nerka podkowiasta stanowi jedną z odmian wady rozwojowej nerek. W okresie 5—8 tygodnia życia płodowego, nerki znajdujące się na poziomie kości krzyżowej wędrują ku górze i po obrocie dookoła osi strzałkowej oraz podłużnej ciała, przyjmują ostateczne położenie od dołu i zewnątrz ku górze i wewnątrz. Jeżeli dolne bieguny są zbyt blisko siebie położone, lub jeżeli jakaś przeszkoda uniemożliwia podział pojedynczego zawiązku nerek, powstają różne typy wad rozwojowych nerek lub ich zrośnięcia. P a p i n opierając swój podział na stopniu przemieszczenia i rodzaju zrośnięcia wyróżnia: 1) nerki zrośnięte, położone przyśrodkowo (nerka podkowiasta, nerka w kształcie litery L lub S) i 2) nerki zrośnięte, położone bocznie z jednej strony kręgosłupa. Podobnie na dwie grupy dzieli nerki zrośnięte G r u b e r. Do pierwszej zalicza przypadki z nieznacznym przemieszczeniem i ułożeniem mniej lub więcej symetrycznym po obu stronach kręgosłupa. Druga grupa obejmuje nerki zrośnięte, położone po jednej stronie kręgosłupa w kształcie litery L, S lub J.

Typowa nerka podkowiasta jest symetrycznie położona po obu stronach kręgosłupa, przy czym obie połowy są prawie równych wymiarów. Część środkowa, leżąca na kręgosłupie i łącząca dolne bieguny nerki w 90% (M a g o), utworzona z tkanki nerkowej (w 85%), albo z tkanki łącznej (w 15%). Ułożenie, kształt, wielkość i liczba miedniczek, kierunek kielichów, przebieg moczowodów i naczyń nerkowych mogą przedstawiać dużą rozmaitość i odchylenie od stanu prawidłowego. Najczęściej miedniczki znajdują się na przedniej powierzchni, kielichy stroną wypukłą są zwrócone ku środkowi, moczowody odchodzą bocznie i przebiegają po przedniej powierzchni nerki. Częstość występowania nerki podkowiastej waha się w materiale sekcyjnym od 0,06% do 0,3%, w materiale chirurgicznym od 0,4 do 1,8%. Świadczy to o dużej skłonności nerki podkowiastej do zmian chorobowych i jest wyrazem jej mniejszej wartościowości biologicznej. Według B e y e r s a, prawie co druga nerka podkowiasta (42%) stwierdzona na sekcji jest chorą. Większość autorów tłumaczy to wysokim położeniem odejścia moczowodów, ich przebiegiem i istniejącymi możliwościami ucisku ze strony otoczenia, co pociąga za sobą łatwe zaleganie moczu i wtórne zakażenie, obejmujące zwykle w krótkim czasie obie połowy.

Zdrowa nerka podkowiasta nie daje żadnych objawów chorobowych ze strony układu moczowego, może natomiast wywoływać niekiedy liczne i dość znaczne inne dolegliwości. M a r t y n o w i R o w s i n g uważają za charakterystyczne dla nerki podkowiastej bóle stałe lub napadowe w dolnej części jamy brzusznej o charakterze opasującym czy promieniującym do okolicy lędźwiowej, ku górze, lub dołowi. Występują one często w każdym położeniu, wzmagając się podczas wysiłków mięśniowych, przy staniu lub prostowaniu tułowia, przy dłuższym siedzeniu i w ogóle przy wszystkich ruchach powodujących nadmierne wyprostowanie ciała. Chorzy tacy idąc, pochylają się ku przodowi, aby jak najmniej napinać mięśnie brzucha i ograniczać wygięcie części lędźwiowej kręgosłupa. Przyczyną bólów tego rodzaju ma być według R o w s i n g a ucisk nerki podkowiastej, a szczególnie mostka łączącego oba bieguny, na duże naczynia jamy brzusznej i sploty nerwowe przebiegające wzdłuż kręgosłupa. Inni autorzy, jak Z o n d e k, T c h o c h n o w s k i j, P e n a, biorąc pod uwagę ruchomość nerki, utrudniony odpływ moczu lub współistnienie innych wad rozwojowych, jak wnętrostwo, tarń dwudzielna, nie podzielają poglądów R o w s i n g a. Do rzadszych objawów chorobowych zdrowej nerki podkowiastej należą bóle po jedzeniu, odbijania, wymioty, utrata apetytu, zaparcia i biegunki na przemian lub tętnienie okolicy pępka, często w postaci guza leżącego w dolnej części jamy brzusznej a niekiedy i tuż poniżej dołka podsercowego. Do jeszcze rzadszych, opisanych objawów, należy zaliczyć według J a n u s z k i e w i c z a przerost serca lub zakrzepy w dolnej żyle próżnej, na skutek ucisku łączącego mostka na tętnicę główną albo żyłę biodrową wspólną.

W przypadku opisanym, do głównych skarg chorego należały uporczywe wymioty, mdłości, odbijania, silne bóle w prawym podżebrzu, występujące głównie w nocy, w pozycji leżącej na wznak lub na prawym boku, ślinotok, mrowienie, bezsenność i guz tętniący, bolesny w prawym nadbrzuszu. Wstanie i chodzenie usuwało bóle prawie natychmiast. Dolegliwości te należy przypisać nerce podkowiastej, ściślej uciskowi jej mostka na naczynia i nerwy przebiegające poza nim. Wystąpiły bowiem po przebyciu pierwszych, jak podaje, gryp, połączonych zapewne z przejściowym spadkiem na wadze, wzmagając się ostatnio równolegle ze znaczniejszym wychudnięciem na skutek czynnej sprawy gruźliczej. Czynnikiem sprzyjającym mógł być tutaj sam typ budowy chorego o cechach wyraźnie astenicznych, tak charakterystyczny dla chorych na gruźlicę. Ogólna astenia chorego znalazła również swój wyraz w opadnięciu żołądka i poprzecznicy.

Czy i jaką rolę odegrał u chorego w zespole zaburzeń trawiennych proces gruźliczy?

Jak bowiem na wstępie zaznaczyłem, dolegliwości żołądkowo-jelitowe dość często towarzyszą gruźlicy płuc. Różnorodność i zmienność objawów podmiotowych jest ich zasadniczą cechą, co jeszcze bardziej wikła ustalenie właściwej przyczyny, czy określenie stopnia współudziału poszczególnych czynników chorobowych. Liczne objawy, jak mdłości, wymioty, utratę łaknienia, odbijania może wywołać zarówno czynna gruźlica płuc, jak i nerka podkowiasta. U naszego chorego bóle w jamie brzusznej o charakterze przemijającym i uzależnione od pozycji istniały już przed kilku laty; wówczas nie miał jeszcze wyraźnych zaburzeń trawiennych. Wskutek obostrzenia się sprawy gruźliczej w płucach, nastąpiło przede wszystkim ogólne wyczerpanie nerwowe, w szczególności znaczne wychudnięcie. Zrozumiałe wobec tego jest, iż wrażliwość odruchowa narządów wewnętrznych, przede wszystkim żołądka stała się znacznie większa. Powstały tu przyczyny natury dynamicznej wywołujące najbardziej różnorodne zmiany i zaburzenia ze strony żołądka. Obok tego nerka podkowiasta wskutek ogólnego zwiotczenia tkanek zaznaczyła się w sposób bezpośredni dla chorego jako guz. Zapewne istniała tu i większa samoistna ruchomość nerki, o czym świadczy występowanie i nasilanie się bólów w zależności od położenia ciała. Oto przyczyny, które mogły powodować różne przykre wrażenia, wychodzące bezpośrednio od miejsca ułożenia nerki; powstawały też na drodze odruchowej zaburzenia w układzie nerwów wegetatywnych jamy brzusznej.

Gotowość żołądka do zaburzeń na tle zakażenia gruźliczego napotkała w postaci nerki podkowiastej przyczynę wyzwalającą te zaburzenia. Wytworzyło się w ten sposób błędne koło jeszcze bardziej ściśle zamknięte przez zakłócenie psychicznego stanu chorego, przez jego lęk wobec niewiadomego i być może związane z tym cięższe przejścia (zabieg operacyjny). Stanowcze rozwarcie tego koła przede wszystkim przez uświadomienie i uspokojenie chorego, już samo przez się niosło w sobie podstawę do poprawy jego stanu.

Zależnie od przyczyn i nasilania się dolegliwości mogą być co do nerki podkowiastej zastosowane różne metody leczenia bądź zachowawcze, bądź więcej radykalne. Przeoczenie nerki podkowiastej u chorego z zaburzeniami trawiennymi i nieokreślonym guzem w jamie brzusznej może narazić go na zupełnie zby-

teczny, albo i wręcz szkodliwy zabieg operacyjny, albo przeciwnie, przypadek wymagający interwencji chirurga leczony zachowawczo nie da żadnej poprawy. Nerka podkowiasta nie należy do zmian wyjątkowych, jednakże kliniczne rozpoznanie jej spotyka się w ogóle jeszcze bardzo rzadko. Obmacywaniem brzucha, jak to opisało kilku autorów, można ją rozpoznać tylko wyjątkowo i to po kilkakrotnym badaniu u osobników chudych, o wiotkich powłokach i dokładnie opróżnionym przewodzie pokarmowym, gdy uda się wyczuć przynajmniej jeden z biegunów nerki z przechodzącym mostkiem na drugą stronę kręgosłupa. Pewne rozpoznanie nerki podkowiastej daje dopiero badanie radiologiczne. Niektórzy autorzy podają, że rozpoznać ją można już na podstawie zdjęcia zwykłego, zwłaszcza, gdy równocześnie istnieje kamica. Do cech rozpoznawczych w tym przypadku należą: przebieg długich osi nerek od góry i zewnątrz ku dołowi i wewnatrz, zbliżenie cieni nerek do linii środkowej ciała, brak ruchomości guza w kierunku poprzecznym, wreszcie ułożenie cieni kamyków. Zawadowski i Lilpop rozpoznają nerkę podkowiastą po kierunku kielichów. Prawidłowo kielichy są skierowane w kierunku bocznym, w nerce podkowiastej natomiast w kierunku przednio-tylnym.

Właściwą metodą rozpoznawczą, całkowicie pewną jest obustronna pyelografia wstępująca, a jeszcze więcej pyelografia dożylna. Pozwalają one określić dokładnie kształt i wielkość nerek, istnienie łączącego mostka, ułożenie miedniczek, kształt, ułożenie i przebieg kielichów, miejsce odejścia, liczbę i przebieg moczowodów, co przy znajomości anatomii wad rozwojowych nerek wystarcza najzupełniej do ustalenia właściwego rozpoznania. Trudności rozpoznawcze, mimo zastosowania pyelografii zdarzają się wyjątkowo. Nierozpoznanie zresztą zdrowej nerki podkowiastej nie pociąga za sobą szkodliwych następstw dla chorego, gorzej jest, gdy nie zostanie rozpoznaną ta wada w ropo- lub wodonerczu, kamicy, czy gruźlicy nerek, co w znacznym stopniu może utrudnić zabieg operacyjny chirurgowi i wywołać groźne powikłania.

Nerka podkowiasta zdrowa, albo wywołująca tylko nieznaczne dolegliwości uboczne, nie wymaga specjalnego leczenia. Niekiedy, jak w naszym przypadku leczenie tuczące, może w dużym stopniu usunąć objawy chorobowe. Nerka podkowiasta chora lub zdrowa, dająca znaczne objawy uciskowe, może być leczona tylko chirurgicznie. Polega ono na przecięciu lub wycięciu części łączącej obydwa bieguny (*symphysiotomia* Rowsinga), rozdzielaniu obu połów z równoczesnym uniesieniem ku górze połowy więcej obniżonej lub unieruchomieniem nerki zbyt ruchomej. Części nerek chore usuwa się całkowicie. W niektórych przypadkach otrzymano tą drogą zupełne i trwałe wyleczenie. Przed ostateczną jednak decyzją na zabieg operacyjny należy wykluczyć wszelkie inne przyczyny, mogące wywoływać podobne objawy chorobowe.

W przebiegu gruźlicy u osobników astenicznych, wychudzonych, stwierdzenie nerki ruchomej lub opadniętej należy do rzędu częstych objawów w zespole chorobowym. Powstające przy tym zaburzenia zazwyczaj nie nasuwają trudności rozpoznawczych. Inaczej sprawa ta przedstawia się z nerką podkowiastą, co stoi, być może, w związku z rzadszym jej stwierdzaniem. Z tych też względów przypadek ten opisałem i omówiłem szczegółowiej.

Piśmiennictwo.

Jasieński J.: Pol. Gaz. Lek. Nr 16. 1934. — Jasieński J.: Pol. Przegl. Chirurg. Z. 3. T. XV. 1936. — Lachowicz A.: Pol. Przegl. Rad. T. X i XI. 1935 i 1936. — Laskownicki: Pol. Przegl. Chir. T. VI. 1936. — Lilpop i Zawadowski: Pol. Przegl. Radiol. T. VIII i IX. Str. 342. — Legueu, Papin et Maingot: L'exploration radiografique de l'Appareil urinaire. Paris, 1913. — Ludowigs: Zeitschr. f. Urolog. Str. 600. 1929. — Maciszewski: Medycyna. Nr 2. 1936. — Orłowski W.: Choroby wewnętrzne, skrypty z wykładów klinicznych. Kraków, 1926. — Papin: Chirurgie du rein. 1928. — Pomeranz i Januszkiewicz: Medycyna. Nr 14. 1933. — Rosnowski M.: Lekarz Wojskowy. T. XXVI. Nr 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 1935. — Schillings: Le rein en fer à cheval. Paris, 1928. — Sokołowski A.: Wykłady klin. chor. dróg oddechowych. Warszawa, 1903. — Sterling S.: Pol. Arch. Med. Wewn. T. 4. Z. 3. 1926. — Zondek: D. Med. Woch. Nr 26. 1928.

Henryk MEISEL Lwów

Budowa antygenowa laseczki zgorzeli gazowej

Z Zakładu Mikrobiologii Lekarskiej Uniw. Jana Kazimierza
i z Państwowego Zakładu Higieny, Filia we Lwowie
Kierownik: Prof. dr N. Gąsiorowski

We wstępnych badaniach budowy antygenowej laseczników beztlenowych — ogłoszonych w Pol. Gaz. Lek. w r. 1936 — zwróciłem bliższą uwagę na zachowanie się grupy *amylobacter*. Wówczas otrzymałem z hodowli bulionowej przy zastosowaniu nieco zmodyfikowanej metody Zinsser-Parkera ciało, odpowiadające strukturą chemiczną wielocukrom, które jako wywoływacz zachowywało się swoiście w odczynie wiązania dopełniacza.

Uogólnienie tej cechy na całą grupę beztlenowców nie wydało mi się dość ścisłe, ponieważ szczepy *amylobacter.*, jakkolwiek zaliczane do beztlenowców, nie są jeszcze w rzeczywistości bezwzględnymi beztlenowcami i mieszczą się raczej na pograniczu między tlenowo i beztlenowo rosnącymi drobnoustrojami. Chcąc bliżej poznać budowę antygenu bezwzględnych beztlenowców należało wykonać dalsze doświadczenia z drobnoustrojami, posiadającymi cechę silnej intolerancji wobec wolnego tlenu.

Praca niniejsza podaje pierwsze spostrzeżenia, dotyczące najbardziej w przyrodzie rozpowszechnionego lasecznika zgorzeli gazowej, posiadającego wielkie znaczenie w patologii ludzkiej jak i zwierzęcej, zwanego najczęściej *bac. Welchii* lub *bac. phlegmonis emphysematosae Fraenkel* albo *bac. perfringens*.

Niezwykle charakterystyczny zespół cech laseczki *perfringens* daje możność stosunkowo łatwego i szybkiego zróżnicowania tego drobnoustroju, tym samym wykluczenia wszelkich przypadkowych zanieczyszczeń i pomyłek, o które wcale nie trudno w trakcie długotrwałych doświadczeń dotyczących beztlenowców. Z dobrze znanych cech laseczki zgorzeli gazowej pozwolę sobie zwrócić uwagę na następujący szczegół. Laseczka ta, podobnie jak *laseczka wąglikowa* i *dwoinka zapalenia płuc*, wytwarza otoczkę w ustroju zwierzęcym, a przy dogodnych warunkach nawet na podłożu sztucznym, jak np. na ściętej surowicy. Moment ten przede wszystkim ułatwia diagnostykę różniczkową, z drugiej strony ułatwia uzyskanie większej ilości wielocukru bakteryjnego i bliższe poznanie zachowania się tegoż wielocukru, otrzymanego z beztlenowca jako antygenu.

Przystępując do badań klasycznego typu laseczki *perfringens* opisanego przez Welch'a czy Fraenkla, a nazwanego przez Wilsdona typem A, musimy się liczyć z faktem, że drobnoustrój ten, przedstawiający się pod względem morfologicznym jednolicie, sam istotnie występuje w postaci kilku odmian biochemicznie i serologicznie różniących się między sobą.

Na podstawie zachowania się laseczki *perfringens* wobec inuliny i gliceryny, możemy według Simonds'a wyróżnić cztery typy, mianowicie typ fermentujący tak inulinę jak i glicerynę, dwa typy fermentujące tylko jedno z wymienionych połączeń i wreszcie typ nie fermentujący ani gliceryny ani inuliny.

Serologicznie wśród szczepów *perfringens* można wyróżnić kilka ras, posiadających odmienne aglutynogeny. Ilość tych ras nie jest jeszcze ściśle ustalona: według Zeisslera jest ich co najmniej trzy, według szkoły francuskiej cztery. Podkreślić należy, że podział szczepów *perfringens* na podstawie cech biochemicznych nie zgadza się z podziałem aglutynacyjnym (Howard).

Do badań moich użyłem dziesięciu szczepów laseczki zgorzeli gazowej, które poprzednio poddałem długotrwałej kontroli [1]).

Szczepy te w aparaturze Zeisslera rozwijały się (na powierzchni agaru) tylko przy ciśnieniu poniżej 40 mm słupa rtęci, natomiast w warunkach tlenowych ginęły w przeciągu krótkiego czasu. Pod względem morfologicznym wszystkie te szczepy odpowiadały w zupełności opisywanej klasycznej laseczce zgorzeli gazowej, a więc przedstawiają się jako laseczki o większych wymiarach, nieruchome, nie posiadające rzęsek, trudno zarodnikujące; w agarze wysokim tworzą kolonie formy soczewki; na powierzchni agaru gronowego kolonie wypukłe, o brzegu ostro odgraniczonym; na powierzchni agaru gronowego z krwią wy-

---

[1]) Szczep P 14 z List. Inst. f. Type Cult. Londyn; szczep U. J. z Zakł. Mikrobiolog. U. J. w Krakowie; szczepy A., R., S., W., Weinberg, MR 2 z Państwowego Zakładu Higieny w Warszawie; szczep 4846/36 wyhodowany w naszym Zakładzie z rany osoby zmarłej; szczep Mor. wyhodowany ze świnki morskiej, padłej wśród objawów zgorzeli gazowej po zakażeniu ziemią leśną.

stępuje dookoła kolonii hemoliza, hodowla przyjmuje początkowo barwę poziomkową, która przechodzi następnie w brunatną a w końcu w zieloną; kształt kolonii, hemoliza i niemal stale występująca kolejność zmiany barw odpowiada I typowi Zeisslera; wszystkie szczepy rozpuszczają żelatynę; nie rozpuszczają ściętej surowicy ani ściętego jaja kurzego; nie czernią pożywki mózgowej; rozwijają się szybko i intensywnie wytwarzając gaz i kwas na pożywce Tarozziego i w mleku, które ścinają; biorąc pod uwagę podział Simonds'a należy je wszystkie wliczyć do fermentujących tak inulinę, jak i glicerynę.

Chorobotwórcze działanie na świnki morskie każdego badanego szczepu występowało wyraźnie; zwierzęta zakażone śródmięśniowo dawką 0,5—1 cm³ 24-godzinnej hodowli bulionowej, padały w ciągu 18—24 godzin, a obraz sekcyjny odpowiadał typowym zmianom zgorzeli gazowej; w preparatach z materiału pobranego u padłych świnek można było stwierdzić zawsze niemal w czystej hodowli laseczki posiadające otoczkę, przy czym w każdym przypadku udało się wyhodować typowe laseczki *perfringens*.

Odczyny aglutynacyjne wykonywano z surowicami królików uodpornianych pojedynczymi szczepami, a mianowicie: szczepem P 14, MR 2, S, Weinberg, 4846, Mor. Do kontroli użyłem surowic zwierząt uodpornionych szczepem *Vibrion septique typ I.*, *bac. Chauvoei*, *bac. histoliticus* i *amylobacter*.

Czas uodporniania trwał około 8 tygodni, przy czym w odstępach 3-dniowych wstrzykiwano śródżylnie co raz wyższe dawki zabitej hodowli danego drobnoustroju. Zawiesina w fizjologicznym roztworze soli kuchennej laseczników zgorzeli gazowej i las. *amylobacter*, zebranych z osadu hodowli bulionowej, ogrzana przez 1 godz. do 60°, z dodatkiem 0,5% fenolu tworzyła szczepionkę, użytą do uodporniania. Szczepionki z innych beztlenowców otrzymałem z pożywki Tarozziego jako bardziej doborowej, przy czym zawiesinę laseczki *histoliticus* ogrzewałem przez 2 godziny.

Do odczynu aglutynacyjnego z *bac. perfringens* używałem według metody Weinberga hodowli bulionowej, zawierającej 2‰ cukru gronowego, rozcieńczając ją odpowiednio rozczynem soli kuchennej.

Wyniki odczynów aglutynacyjnych podaje tabela I.

Tabela I

Wyniki odczynów aglutynacyjnych

Surowice	Szczepy: Mor	4846/36	P 14	MR 2	U. J.	Weinberg	A.	R.	S.	W.
Mor.	480	—	—	—	—	—	—	—	—	—
4846 36	—	640	40	—	—	—	—	—	—	—
P 14	—	40	640	—	—	—	—	—	—	—
MR 2	—	—	—	480	—	—	—	—	—	—
Weinberg	—	—	—	—	640	640	640	640	640	640
S.	—	—	—	—	640	640	320	320	640	320
Vibrion sept. Typ I, *Chauvoei, histolit. amylobact.*	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Liczby podają najwyższe rozcieńczenie surowicy, przy którym odczyn występuje silnie dodatnio.

Na pierwszy rzut oka widzimy, że miano aglutynacyjne wszystkich surowic zgorzeli gazowej jest stosunkowo niskie, co by mniej więcej zgadzało się z wynikami innych badaczy. Jedynie Zeisslerowi udało się przy użyciu zawiesin formalinowych uzyskać aglutynacje w znacznie wyższych rozcieńczeniach, dochodzących nawet do 1/100.000. Próby moje z aglutynogenem formalinowym nie potwierdziły tego, dając dodatnie wyniki w takich samych rozcieńczeniach, jak z antygenem nieformalinowanym. Jakkolwiek aglutynacja wypada tu w stosunkowo słabych rozcieńczeniach, to jednak odczyn ten należy przyjąć jako ściśle swoisty, skoro w surowicy królików nieuodpornianych nie udało się nigdy wykazać aglutynin normalnych.

W dalszym ciągu zwraca uwagę, że cztery surowice aglutynują tylko homologiczne szczepy, natomiast surowica ze szczepu Weinberg i S. aglutynuje niemal równomiernie 6 szczepów *bac. perfringens*.

Surowice kontrolne nie aglutynowały żadnego z dziesięciu szczepów.

Odczyny więc aglutynacyjne dowodzą, że badane szczepy laseczki zgorzeli gazowej, które pod względem morfologicznym i biochemicznym zachowują się jednako, serologicznie różnią się między sobą. Większość szczepów (6) — jak metoda absorbcyjna wykazała — tworzy jedną wspólną grupę; drugą grupę tworzą 4 szczepy, z których każdy posiada odrębny aglutynogen. Z powyższego wynika więc, że wśród dziesięciu szczepów badanych udało się wyodrębnić 5 typów, zachowujących się odmiennie. Mimo woli przychodzi na myśl, czy przyczyny tego odrębnego zachowania się nie należało by szukać w pewnych zmianach dysocjacyjnych, które przejawiają się już w odczynach serologicznych, a morfologicznie ich wykazać jeszcze nie można.

Dalsze badania obejmują zachowanie się wielocukrów otrzymanych tak z I grupy (szczepy Weinberg, S., W.), jak i z II grupy (szczepy 4846, Mor., P 14, MR 2).

Hodowle 24-godzinne na agarze gronowym z dodatkiem krwi, wyrosłe w aparaturze Zeisslera przy ciśnieniu około 10 mm słupa rtęci, po dwukrotnym przepłukaniu w płynie fizjologicznym i wodzie przekroplonej i odwirowaniu, a w końcu zabite w autoklawie służyły mi jako materiał do uzyskania wielocukrów za pomocą metody Zinsser-Parkera i Pflügera[2]).

Ciała otrzymane przedstawiały się jako bezpostaciowe, rozpuszczalne w wodzie, nierozpuszczalne w alkoholu etylowym, eterze, chloroformie i acetonie. Odczyny proteinowe (z kwasem sulfosalicylowym, kwasem octowym, z kwasem pikrynowym, azotowym, z octanem ołowiowym, odczynnikiem Hopkinsa, Millona, jak również próba biuretowa) wypadały stale ujemnie. Zawartość azotu oznaczona kolorymetrycznie metodą Folina wahała się przy użyciu metody kwaśnej w granicach od 1—4,5%, przy użyciu zaś metody zasadowej od 1—7,1%. Odczyn Molischa wypadał zawsze silnie dodatnio. Z odczynnikiem Fehlinga brak redukcji, która występowała dopiero po hydrolitycznym zadziałaniu 1 n. kwasu siarkowego na gorąco. Ilość ciał redukujących po 4-godzinnej hydrolizie, obliczona jako glukoza, przeciętnie wynosiła u ciał uzyskanych metodą kwaśną 63%, a metodą zasadową Pflügera 52% (Folin-Wu).

Przedstawione odczyny chemiczne dowodzą, że zarówno metodą Zinsser-Parkera, jak i Pflügera można było z wszystkich 7 badanych szczepów uzyskać ciała odpowiadające swą strukturą chemiczną węglowodanom wielocząsteczkowym, wolnym od domieszek proteinowych.

Roztwory opisanych ciał w płynie fizjologicznym służyły jako antygen w odczynach Bordet-Gengou:

Wyniki wiązania dopełniacza z węglowodanami uzyskanymi metodą kwaśną ujęte są w tabeli II.

Tabela II

Odczyn B-G z wielocukrami otrzymanymi metodą Zinsser-Parkera

Surowice		Wielocukier ze szczepu: Mor	4846/36	P 14	MR 2	Weinberg	S.	W.
perfringens	Mor.	800	—	—	—	—	—	—
	4846/36	6	1600	—	12	—	6	—
	P 14	—	—	400	12	—	3	—
	MR 2	—	—	—	400	—	3	—
	Weinberg	—	—	—	—	800	1600	1600
	S.	50	—	—	—	800	3200	1600
Vibrion sept. Typ 1.		—	—	—	—	—	3	6
Chauvoei		—	—	—	—	—	3	—
Histoliticus		—	—	—	—	—	—	—
Amylobacter.		3	—	—	—	—	6	3

Liczby oznaczają najwyższe rozcieńczenie antygenu podane w tysiącach, przy którym występuje silny odczyn dodatni.

Jak widzimy wszystkie węglowodany wielocząsteczkowe uzyskane ze siedmiu szczepów *perfringens* metodą kwaśną są serologicznie czynne w odczynie Bordet-Gengou.

Równocześnie stwierdza się, że i tutaj występują dwie grupy i pięć typów antygenowych, które w zupełności odpowiadają grupom i typom aglutynacyjnym.

Tabela III

Odczyn B-G z wielocukrami otrzymanymi metodą Pflügera

Surowice		Wielocukier ze szczepu: Mor	4846/36	P 14	MR 2	Weinberg	S.	W.
perfringens	Mor.	100	—	—	—	—	—	—
	4846/36	—	12	3	—	12	—	—
	P 14	—	—	1600	—	—	—	—
	MR 2	—	—	—	—	—	—	—
	Weinberg	—	—	3	—	800	500	500
	S.	—	—	6	—	800	1000	1000
Vibrion sept. Typ 1.		—	—	—	—	—	—	—
Chauvoei		—	—	—	—	—	—	—
Histoliticus		—	—	—	—	—	—	—
Amylobacter.		—	—	—	—	—	—	—

Liczby oznaczają najwyższe rozcieńczenie antygenu podane w tysiącach, przy którym występuje silny odczyn dodatni.

---

[2]) Patrz Mikulaszek (4).

Tabela III podaje nam wyniki odczynów wiązania dopełniacza z wielocukrami otrzymanymi metodą zasadową. Wielocukry te z wyjątkiem otrzymanego ze szczepów 4846/36 i MR 2, które tracą cechy antygenów czynnych, zachowują się poza tym tak samo, jak wielocukry otrzymane metodą kwaśną Zinsser-Parkera. Wyróżnić więc tutaj możemy dwie grupy, a tylko już trzy typy serologicznie odmiennie się zachowujące.

Wnioski

1. Szczepy laseczki zgorzeli gazowej morfologicznie i biochemicznie nie różniące się między sobą, rozpadają się w odczynie aglutynacyjnym na odmienne grupy i typy.
2. Identyczne grupy i typy wyróżniają się w odczynie wiązania dopełniacza wykonanym z wielocukrami bakteryjnymi, otrzymanymi metodą Zinsser-Parkera.
3. Z wielocukrami otrzymanymi metodą Pflügera w dwu przypadkach odczyn wypada ujemnie, poza tym antygenowe zachowanie się tych wielocukrów odpowiada otrzymanym za pomocą metody Zinsser-Parkera.
4. Z powyższego wynika, iż za pomocą metody kwaśnej można ze szczepów laseczki zgorzeli gazowej otrzymać wielocukry dokładniej zróżnicowane aniżeli przy użyciu metody zasadowej.

Piśmiennictwo:

1) Howard A.: Annales de l'Inst. Past. T. 42, 1403, 1928. — 2) Medical Research Committee: Reports of the Committee upon anaerobic bacteria and infections. Londyn 1919. — 3) Meisel H.: Pol. Gaz. Lek. 1936. — 4) Mikulaszek E.: Archiwum Tow. Nauk. we Lwowie. Dział III. T. VI. Z. 13. — 5) Topley-Wilson: The Principles of Bacteriology and Immunity. II. wyd. 1936. — 6) Weinberg M.: Bull. de l'Inst. Past. T. 27. 529 i 577. 1929. — 7) Weinberg M., Barotte J.: Annales de l'Inst. Past. T. 42. 619, 1928. — 8) Zeissler J.: Handbch. der path. Mikrorg. Kolle-Kraus-Uhlenhuth. T. IV. 1097, 1928, T. X. 35, 1930.

B. GRÜSS Lwów

Gruczoły odźwiernikowe żołądka i ich stosunek do niedokrwistości złośliwej

Z Oddziału Wewn. Męskiego Szpitala Żydowskiego we Lwowie
Prymariusz: Dr B. Grüss

W bazylejskim wydaniu dzieł Galena z r. 1551 znajdujemy w 5 księdze rozdział o znaczeniu wątroby jako czynnika krwiotwórczego: „*Hepar est sanguificatoris principium*". Jest to dla nas dowodem, że już za czasów Galena (131—200 p. Chr.), wątroba była znana jako środek leczniczy w chorobach krwi. A także w Chinach oraz na Ceylonie od wieków stosuje się wątrobę w chorobach krwi, szczególnie w *sprue*. Dzisiejsze zastosowanie wątroby w niedokrwistości złośliwej (n. zł.) zawdzięczamy dwom amerykańskim lekarzom: Whipple i Robscheit-Robins podawali wątrobę w doświadczalnej niedokrwistości pokrwotocznej, przez co uzyskali zupełną poprawę.

Zachęceni tym doświadczeniem Minot i Murphy zastosowali po raz pierwszy wątrobę w przypadkach n. zł.; doniosłe to odkrycie spowodowało rewizję poglądów na chorobę, której przebieg i rokowanie upoważniało dotychczas do nazwy „złośliwej". Zasługi obu odkrywców nie może umniejszyć nawet rozdział o wątrobie w dziełach Galena, ani też dawne opowiadania podróżników z Chin i Ceylonu. W olbrzymiej większości przypadków niedokrwistość typu Biermera przestała był właściwie „złośliwą". Za wyjątkiem bowiem przypadków powikłanych zwyrodnieniem powrózkowym rdzenia *(myelosis funicularis)*, leczenie wątrobowe dało jak najlepsze wyniki.

Udane doświadczenie Whipple'a i Robscheit-Robinsa, Minota i Murphy'ego spowodowały powstanie nowych zagadnień. Teorię toksyczną n. zł. obaliły spostrzeżenia lekarza-praktyka. Wobec pojawiania się objawów zwyrodnienia powrózkowego rdzenia, przy równoczesnym ustąpieniu charakterystycznych zmian we krwi, teoria toksyczności nie mogła się utrzymać, a przynajmniej mocno się zachwiała.

Teoretykowi doświadczalnemu przyszło z pomocą doświadczenie lekarza praktyka. Nie mogło być inaczej. Albowiem od wzajemnej współpracy i uzupełniania się codziennego spostrzegania z doświadczalnym badaniem zależy powodzenie każdej metody leczniczej; z doświadczenia Whipple'a i Robscheit-Robinsa zrodził się pomysł zastosowania wątroby w przypadkach n. zł.

W praktycznym zastosowaniu doświadczenia okazało się, że ze wszystkich niedokrwistości, najlepiej oddziaływuje na podawanie wątroby typ Biermera. Z charakterystycznej dla tej choroby trójcy objawów: embrionalnego obrazu krwi, bezkwasu żołądkowego i zwyrodnienia rdzeniowego, jedynie obraz krwi ulegał poprawie, rozumie się, zależnie od nasilenia chorobowego. W początkowym okresie choroby ustępowały zupełnie zmiany w obrazie krwi pod wpływem wątroby, a początkowe objawy rdzeniowe, jak mrowienie i drętwienie również ulegały poprawie, tylko bezkwas żołądkowy pozostawał na zawsze. Pomyślne wyniki leczenia wątrobą lżejszych przypadków niedokrwistości typu Biermera stały się przyczyną pomyłki teoretycznej: n. zł. przypisywano podłoże toksyczne, a w wątrobie dopatrywano się własności odtrutki.

Tymczasem pojawiły się w piśmiennictwie lekarskim opisy przypadków ciężkich, powikłanych zwyrodnieniem powrózkowym rdzenia, które mimo stosowania wątroby w wielkich dawkach skończyły się zejściem śmiertelnym; na skutek podawania wątroby wprawdzie ustąpiła zupełnie niedokrwistość, a zmian histologicznych, typowych dla n. zł., jak czerwony szpik w kościach długich i złogi żelaza w wątrobie sekcja już nie wykazywała.

Spór, czy w n. zł. mamy do czynienia z przewlekłym zatruciem, czy też z chorobą z niedoboru (*Mangelkrankheit*) odżył na nowo.

W niedokrwistości typu Biermera trwałym objawem, nie ustępującym od początku choroby aż do śmierci jest bezkwas żołądkowy. Objaw ten występuje też najwcześniej: spostrzegamy go bowiem często przed wystąpieniem zmian w obrazie krwi, a zawsze wyprzedza początkowe zmiany rdzeniowe. Wytłumaczeniem tego objawu klinicznego zajmowano się od wielu lat. Dopiero Castle i jego współpracownicy Towsend, Heath i Strauss, którzy zauważyli kilka przypadków n. zł. po usunięciu żołądka, wykorzystali ten objaw dla nowego doświadczenia. Pobrali sok żołądkowy człowieka zdrowego, któremu na godzinę przedtem podano 300 g surowego mięsa wołowego. Tak otrzymaną treść żołądkową przez sztuczne wywołanie wymiotów u dawcy, mieszali z kwasem solnym rozcieńczonym, by przy trzymaniu go przez kilka godzin w łaźni wodnej wlać przez zgłębnik do żołądka chorego na n. zł. Wynik był zdumiewający: wybitna retikulocytoza i szybki przybór krwinek czerwonych.

Dalsze próby wykazały, że również i sok żołądkowy chorego z bezkwasem żołądkowym bez zmian we krwi wywołuje takie same działanie. Według Castle'a sam sok żołądkowy bez mięsa wołowego, ani też mięso wołowe bez dodania soku żołądkowego osobnika zdrowego nie wywołały poprawy w przypadkach n. zł.

Próba ta dała podstawę dla teorii dualistycznej Castle'a, według której błona śluzowa żołądka normalnego wydziela tzw. czynnik wewnętrzny „*intrinsic factor*", który łączy się z czynnikiem zewnętrznym „*extrinsic factor*" zawartym w mięsie a odpowiadającym witaminie B w czynnik przeciwniedokrewnościowy.

Czynnik wewnętrzny „*intrinsic factor*" jest według Castle'a sam wrażliwy na ciepło, natomiast w połączeniu z czynnikiem zewnętrznym (*extrinsic factor*), jako czynnik przeciwniedokrewnościowy jest na ciepło niewrażliwy.

Czynnik wewnętrzny gromadzi się po opuszczeniu żołądka przeważnie w wątrobie, najprawdopodobniej za życia zwierzęcia w postaci nieczynnej. Stwierdza się go również w innych narządach, jak śledzionie, płucach, mózgu, gruczołach limfatycznych, nerkach, nadnerczach i łożysku płodowym.

Czynnik zewnętrzny, zwany przez Reimanna ***hemogenem*** znajduje się nie tylko w wątrobie i mięsie wołu; najwięcej zawierają go drożdże; nie jest on identyczny z białkiem, nie zawierają go ciała białkowe, jak kazeina, ziarna zboża i jądra komórkowe, przeciwnie wykazuje związek z witaminą B, lecz nie odpowiada ani witaminie B_1, ani też witaminie B_2.

Wyniki doświadczeń Castle'a usiłowali zużytkować w leczeniu n. zł. Morris i Schiff przez zagęszczenie prawidłowego soku żołądkowego w niskiej ciepłocie pod niskim ciśnieniem. W ten sposób sporządzony sok żołądkowy, wypuszczony pod nazwą „*Addisin*" — od nazwiska właściwego odkrywcy n. zł. Addisona — w postaci płynnej, wstrzykiwali chorym na n. zł., uzyskując znaczną retikulocytozę, utrzymującą się przez 34 dni, oraz powrót stanu krwi do normy.

Trudności w uzyskaniu tego preparatu — głównie z powodu wysokich kosztów produkcji — zwłaszcza w erze wątrobowej — przyczyniły się do zaniechania tego sposobu leczenia.

Badania anatomii i fizjologii błony śluzowej żołądka świni, przeprowadzone przez Meulengrachta wykazały, że czynnik przeciwniedokrewnościowy wydziela się w żołądku

głównie w okolicy odźwiernika, w mniejszym stopniu w okolicy wpustu oraz dwunastnicy. Gruczoły dna żołądka wydzielają jedynie kwas solny i pepsynę. Badania histologiczne warstw żołądka nie wykazały istnienia odrębnych gruczołów. W swoich badaniach wyszedł Meulengracht z założenia, że czynnik przeciwniedokrewnościowy jest produktem wydzielniczym — znajduje się, jak to wykazał Castle w normalnym soku żołądkowym — o swoistym charakterze biologicznym, związanym z jednym rodzajem komórek wydzielniczych.

Badania histologiczne i czynnościowe przeprowadził Meulengracht na 10 żołądkach świń, u których stwierdził trojakiego rodzaju gruczoły:

1. Wpustowe, rozciągające się poniżej wpustu; sam wpust na przestrzeni 4—5 cm szerokości wyłożony jest nabłonkiem wielowarstwowym płaskim, będącym dalszym ciągiem nabłonka przełyku. Dopiero od tego miejsca rozciągają się gruczoły wpustowe, cewkowe, o krótkim świetle, rzadko rozmieszczone, poprzedzielane obfitą tkanką międzygruczołową. Zajmują one przestrzeń do połowy krzywizny małej, oraz 2/5 krzywizny dużej.

2. Gruczoły dna żołądka są cewkowe, gęsto rozmieszczone w błonie śluzowej, zbudowane z komórek głównych i okładzinowych zajmują środkową część żołądka wzdłuż krzywizny dużej, nie dochodząc do krzywizny małej.

3. Gruczoły odźwiernikowe, cewkowo-pęcherzykowe, o gęstym rozmieszczeniu, złożone z wielkich jasnych komórek odźwiernikowych, zajmują 1/5 krzywizny dużej oraz większą część krzywizny małej.

Przejście pomiędzy gruczołami odźwiernikowymi a wpustowymi jest łagodne; pomiędzy gruczołami odźwiernikowymi a dnem żołądka istnieje pas błony śluzowej, w którym znajdujemy oba te rodzaje gruczołów.

Meulengracht wykazał, że oddziaływanie wydzieliny gruczołów dna żołądka jest po wprowadzeniu histaminy do ustroju zwierzęcia kwaśne, natomiast innych gruczołów zasadowe.

Gruczoły dna żołądka wytwarzają pepsynę (komórki główne) i kwas solny (komórki okładzinowe), jak to już wykazali przedtem w swych klasycznych pracach Lindstroem i Lang z Carlsberg Laboratorium. Meulengracht wycinał partie z poszczególnych odcinków, które po wysuszeniu, odtłuszczeniu i sproszkowaniu podawał chorym na n. zł. Preparat uzyskany z dna żołądka okazał się we wszystkich przypadkach nieczynnym, to znaczy, że gruczoły żołądka, tzw. gruczoły trawienne, nie wydzielają czynnika przeciwniedokrewnościowego. Natomiast preparaty sporządzone z części odźwiernikowej wywołały pełną poprawę obrazu krwi. Przełomy retikulocytarne, których w ogóle nie stwierdzono w okresie podawania sproszkowanego dna żołądka, osiągały po podaniu preparatów z odźwiernika do 60% retikulocytów. Dowodzi to wydzielania czynnika przeciwniedokrewnościowego przez gruczoły odźwiernikowe.

Gruczoły wpustowe żołądka świni wykazują nieznaczną czynność przeciwniedokrewnościową. Meulengracht stwierdził, że podawanie przetworów części wpustowej w dawkach pełnych, daje takie same wyniki, jakie uzyskuje się małymi dawkami przetworów części odźwiernikowej, to znaczy, że siła czynnika przeciwniedokrewnościowego części wpustowej jest bardzo słaba, około 3—5 razy słabsza od siły części odźwiernikowej. Tłumaczy się to rzadkim rozmieszczeniem gruczołów części wpustowej, gdzie tkanka międzygruczołowa jest szczególnie silnie rozwinięta.

Badania histologiczne dwunastnicy wykazały, że tzw. gruczoły Brunnera, co do których przypuszczano, że są miejscem wytwarzania się jakiegoś nieznanego zaczynu, odpowiadają budową swoją gruczołom odźwiernikowym. Przetwory sproszkowane otrzymane z wycinka dwunastnicy na przestrzeni od 5 cm poniżej odźwiernika do 15 cm długości, wywołały retikulocytozę, dochodzącą do trzydziestu kilku procent, oraz zwiększenie się liczby krwinek czerwonych i Hb do normy. Może to być potwierdzeniem dla przytoczonych poniżej badań Singera.

Ze stanowiska fizjologicznego należy przyjąć, że istnieją w żołądku świni gruczoły — rozmieszczone wzdłuż krzywizny małej od wpustu poprzez odźwiernik do dwunastnicy, będące siedliskiem wytwarzania swoistego czynnika, którego produkcja jest dla krwi i systemu nerwowego zasadniczą i niezbędną do życia.

U człowieka znajdujemy w żołądku już nieco odmienne stosunki. Błona śluzowa wpustu zawiera tylko na małej przestrzeni tzw. gruczoły wpustowe. Nie ma też żadnego przejścia wzdłuż krzywizny małej do gruczołów odźwiernikowych. Przeważającą część błony śluzowej żołądka zajmują wg Buechnera gruczoły trawienne, wydzielające kwas solny i pepsynę. Natomiast czynnik przeciwniedokrewnościowy wytwarza się tylko w okolicy odźwiernika, oraz na przestrzeni 12—15 cm poniżej tegoż w dwunastnicy.

Stwierdzenie podobieństwa anatomicznego i fizjologicznego gruczołów dwunastnicy, tzw. Brunnera z gruczołami odźwiernika ma wielkie znaczenie dla wytłumaczenia, dlaczego nie w każdym przypadku resekcji żołądka rozwija się niedokrwistość złośliwa. Albowiem gruczoły Brunnera stanowią rezerwę, którą ustrój może zmobilizować w razie wyłączenia czynności (braku) gruczołów odźwiernikowych.

Badania histologiczne błony śluzowej żołądka zmarłych na n. zł. wykazują rozległy zanik tejże, czemu towarzyszy niedomoga wydzielnicza wszystkich gruczołów. Za możliwością ograniczonego zaniku błony śluzowej tylko do części odźwiernikowo-dwunastniczej przemawiają dane statystyczne; według Naegelego bezkwas żołądkowy towarzyszy n. zł. w 98% przypadków. Również i inni autorowie stwierdzili obecność kwasu solnego u chorych na n. zł., co przemawia właśnie za możliwością zaniku ograniczonego tylko do części odźwiernikowej.

Teoria Castle'a znalazła wykonawców. Sturgis i Isaacs zrobili w r. 1929 preparat nazwany przez nich „*Ventriculin*", a sporządzony z żołądka świni po jego wysuszeniu, odtłuszczeniu oraz sproszkowaniu. Ten preparat żołądka *in toto* sporządzony przed ukazaniem się prac Meulengrachta musiał być stosowany w większych ilościach, co ze względów praktycznych i ekonomicznych okazało się niemożliwe.

Meulengracht spowodował produkcję preparatu, zw. *Pylorin,* wytwarzanego jedynie z części odźwiernikowej żołądka, tej części najbogatszej w wydzielanie czynnika przeciwniedokrewnościowego. Preparat ten okazał się bardzo cennym.

Wyniki leczenia normalnym sokiem żołądkowym oraz przetworami żołądkowymi w przypadkach niepowikłanych powrózkowym zwyrodnieniem rdzenia lub w przypadkach z objawami początkowymi zwyrodnienia są bardzo dobre.

Podczas gdy prace dotyczące leczenia wątrobą kładą główny nacisk na przełomy retikulocytarne oraz znaczną eozynofilię, występujące w czasie poprawy, a wywołane działaniem wątroby w najnowszym piśmiennictwie o leczeniu sokiem żołądkowym i przetworami żołądka, autorowie zajmują się jedynie przełomami retikulocytarnymi. Pojawienie się retikulocytów w zwiększonej ilości jest najpewniejszym i najwcześniejszym objawem wzmożonej czynności szpiku kostnego oraz obiektywnym sprawdzianem procesów biologicznych w układzie krwiotwórczym.

Minot twierdzi na podstawie własnych spostrzeżeń, że odsetek retikulocytów ma się odwrotnie proporcjonalnie do ilości krwinek czerwonych na początku leczenia.

Według Meulengrachta odczyn retikulocytarny osiąga szczyt między 7—14 dniem od początku podawania soku, albo przetworów żołądka.

Singer wprowadził badanie odczynu retikulocytarnego u szczura, jako metodę rozpoznawczą dla wykazania niedokrwistości nadbarwnych w przypadkach nastręczających wątpliwości rozpoznawcze.

Jeśli szczurowi o wadze 150 g zastrzyknąć 5 cm^3 soku żołądkowego, stwierdza się u niego po upływie 2—5 dni wyraźne zwiększenie liczby retikulocytów, dochodzące zwykle do 40%, a nierzadko nawet do 100%. Sok żołądkowy ogrzany odczynu tego nie daje. Po usunięciu z soku żołądkowego pepsyny i podpuszczki powstaje mimo to wyraźny odczyn. Sok żołądkowy chorych na niedokrwistość złośliwą nigdy nie daje tego odczynu, a sok żołądkowy chorych na bezsok, ale bez zmian we krwi lub w tzw. *chloranaemia achylica* daje wyraźny odczyn retikulocytarny u szczura.

Sok żołądkowy psa daje ujemny odczyn retikulocytarny u szczura; badania kliniczne autorów amerykańskich wykazały, że podawanie preparatów żołądka psiego chorym na n. zł. nie daje poprawy, natomiast daje ją przetwór żołądka świni. Albowiem u psa wytwarza się czynnik Castle'a nie w żołądku, tylko w dwunastnicy.

Również mocz osobników zdrowych daje dodatni odczyn retikulocytarny u szczura, natomiast nie daje go mocz chorych na n. zł.

Można by zatem stawiać rozpoznanie n. zł. na podstawie badania moczu, ale wyniki tej próby nie są tak pewne, jak przy wstrzykiwaniu soku żołądkowego, albowiem w ciągu leczenia czynnik przeciwniedokrewnościowy wprowadzony w wyciągach wątrobowych do ustroju wydala się z moczem, tym samym może dać odczyn retikulocytarny u szczura.

W przypadku naszym zauważyliśmy w przebiegu leczenia sokiem żołądkowym występowanie krwinek kwasochłonnych w znacznym odsetku.

Chory nasz, 45-letni pracownik fizyczny, zauważył pierwsze objawy chorobowe na 4 miesiące przed zgłoszeniem się na Oddział, jako bóle kłujące w okolicy serca, mrowienie języka i kończyn.

W dniu przyjęcia na Oddział stwierdziliśmy niedokrwistość nadbarwną, ilość krwinek czerwonych wynosiła 1,910.000, Hb. = 45%, przy wskaźniku 1,2, makro- mikro-, poikylo-megalocytozę oraz normoblasty, jako też zupełny brak komórek kwasochłonnych.

W treści żołądkowej brak kwasu solnego. Odczyny na kiłę ujemne. Badanie systemu nerwowego wykazało brak odruchów kolanowych oraz ścięgna Achillesa. Odczyn opadania k. cz. 30/80. Leczenie rozpoczęliśmy od podawania codziennie 150 g soku żołądkowego przesączonego, pobieranego od dawcy z wysokimi wartościami kwasu solnego.

Treść żołądkową pobieraliśmy u dawcy na czczo za pomocą zgłębnika dwunastnicowego, po czym po dokładnym przesączeniu podawaliśmy choremu z dodatkiem soku; zaznaczyć muszę, że chory był poinformowany o pochodzeniu i rodzaju leku. Wspominam o tym dlatego, ponieważ obawy wywołania wstrętu w naszym przypadku nie sprawdziły się, niezgodnie z wyżej wspomnianym doświadczeniem Castle'a.

W czasie przeszło 6-tygodniowego podawania soku żołądkowego, osiągnęliśmy następujące wyniki: ilość krwinek czerwonych 4,060.000, przy Hb. — 70% i wskaźniku 0.9. Ilość krwinek białych kwasochłonnych doszła do 27%. Krwinki czerwone wykazywały nieznaczną makro-poikilocytozę, nie stwierdziliśmy zupełnie megalocytów, ani też postaci jądrzastych, wzmogło się niezwykle łaknienie chorego, waga ciała z 70 kg wzrosła do 82 kg, a odczyn opadania osiągnął zaledwie 8 po godz.

Przy tej znakomitej poprawie krwi nastąpiło znaczne pogorszenie się procesu rdzeniowego, wystąpiła niezborność kończyn górnych oraz dolnych tak, że chory nie tylko nie mógł się poruszać, ale nawet sam nie był w stanie podnosić do ust potraw. Dodanie do soku żołądkowego surowego mięsa wołu oraz drożdży piwnych lub suchych na stan nerwowy wpływu nie wywarło. A ponieważ wystąpiły również objawy dławicy piersiowej, przeszliśmy na leczenie przetworami wątrobowymi, po których w obrazie krwi nie stwierdziliśmy prawie żadnych zmian. Leczenie wątrobowe nie wywarło na proces rdzeniowy żadnego wpływu. Kiedy i po kombinowanym leczeniu żołądkowo-wątrobowym objawy rdzeniowe nie ustępowały, zastosowaliśmy zastrzyki Betaxiny, które w następstwie spowodowały stopniową, widoczną poprawę procesu rdzeniowego tak, że chory po 5-miesięcznym pobycie na Oddziale mógł powrócić do pracy.

Na podstawie spostrzeżeń poczynionych w naszym przypadku, przyznać musimy równorzędne miejsce leczeniu sokiem żołądkowym obok wątroby. Poprawa przedmiotowa oraz podmiotowa u leczonych sokiem żołądkowym odpowiada w zupełności zmianom wywołanym leczeniem wątrobowym. Wzmożona czynność układu krwiotwórczego objawia się wzmożeniem odczynu retikulocytarnego oraz pojawieniem się wysokiego odsetka krwinek białych eozynochłonnych.

Wiemy, że w przebiegu n. zł. (nieleczonej) brak jest zupełny krwinek białych kwasochłonnych. Nie stwierdza się ich nawet w powikłaniach n. zł. chorobą robaczą (*botriocephalus, trichinosis*), ani też najcięższą postacią płonicy. Odsetek krwinek białych kwasochłonnych równał się w naszym przyp. przed stosowaniem soku żołądkowego 0. W ciągu leczenia pojawiły się krwinki kwasochłonne, których odsetek w 5 tygodniu leczenia doszedł do 27, po przejściu na leczenie wątrobowe spadł do 11, a przy mieszanym leczeniu żołądkowo-wątrobowym podniósł się do liczby 25, po czym zwolna opadł prawie do normy. Ten odczyn krwinek białych kwasochłonnych uważać możemy jako skutek zadziałania czynnika przeciwniedokrewnościowego na układ krwiotwórczy.

Wspomnieć tutaj wypada o statystyce Seyderhelma, który na kilkadziesiąt przypadków n. zł. widział tylko 1 przypadek tyczący się chorego żyda, co do pewnego stopnia tłumaczyć nam może rzadkość stwierdzania n. zł. w naszym Zakładzie. Na Oddz. Wewn. Męskim stwierdziliśmy w okresie dziesięciolecia 1927—1936 zaledwie 2 przypadki n. zł.

Leczenie n. zł. metodą Castle'a przeprowadzić można w dwojaki sposób: 1) w zakładzie leczniczym, przez podawanie świeżego soku żołądkowego, ze względów ekonomicznych — sposób najdogodniejszy — lub 2) przetworami otrzymanymi z części odźwiernikowej żołądka świni. Sposób drugi na razie jest uzależniony od dowozu przetworów zagranicznych. W przypadkach powikłanych zwyrodnieniem powrózkowym rdzenia, pożądany wynik da jeden z wymienionych sposobów w połączeniu z przetworami zawierającymi witaminę B_1.

W tym połączeniu sok żołądkowy albo przetwory żołądka powodują powrót do prawidłowego obrazu krwi, a dowóz witaminy B_1 usunie objawy rdzeniowe.

W ten sposób będzie można rozwiązać zagadnienie leczenia n. zł. oraz zmniejszyć znaczny odsetek śmiertelności w tej chorobie.

Piśmiennictwo:

Alsted G.: Kl. Wschrft. Str. 1229, 1936. — Beigelböck W.: W. med. Wschrft. Str. 1075, 1937. — Buechner: Die Pathogenität der peptonischen Veränderungen. Jen Gustaw Fischer 1931. — Castle i Townsend: Amer. J. med. Sci. 178, 764, 1929. — Greensporn: The Journ. of Am. Med. Ass. Str. 106, 1936, wg Med. Współcz. Nr 7, 1936. — Isaacs R., Sturgis C.: J. Amer. med. Ass. 95, 585, 1930. — Meinertz: Med. Kl. Str. 529, 1936. — Minot, Murphy, Stetson: Am. J. med. Sc. T. 928, 587. — Müller A. H.: Med. Kl. Str. 327, 1935. — Meulengracht E.: Acta med. Scand. 85, 50, 1935. — Müller: Zeitschrift f. kl. Med. T. 130. Z. 4. 1936. — Naegeli O.: Blutkrankheiten und Blutdiagnostik. Berlin, J. Springer, 1931. — Seyderhelm: D. m. W. Str. 1194, 1934. — Singer K.: Intern. Med. T. 58. Z. 2. 1936. — West R.: The Journal of Am. Med. Ass. wg Med. Współcz. Nr 4. 1936.

MEDYCYNA SPOŁECZNA

Dr Ada RUTKOWSKA, Prof. Państw. Szkoły Położnych
Ord. Oddz. Położn.-Ginek. Szpit. św. Łazarza w Krakowie

Lekarz powiatowy a zagadnienie opieki położniczej

Wykład wygłoszony na Zjeździe lekarzy powiatowych w Zakopanem dnia 6 marca 1937 roku

W ostatnich latach wśród szkolenia i przeszkolenia położnych poczęła się zaznaczać coraz dobitniej potrzeba co najmniej doraźnego, a może i stałego zetknięcia kierownictwa Szkoły Położnych z lekarzami powiatowymi, którym powierzono sprawowanie opieki położniczej wśród ludności powiatu.

Ustawa nakreśla szerokie ramy opiece i pomocy higieniczno-lekarskiej w czasie ciąży, porodu, połogu i karmienia. Pomoc tę mają dać lekarz lub położna, albo oboje razem, w domu czy zakładzie.

Opieka ta przewiduje nawet zakładanie i prowadzenie schronisk dla kobiet ciężarnych, położnic, zakładów dla rodzących, poradni, itd.

Z takich praw wynikają wielkie konsekwencje, a przy realizowaniu ich ogrom pracy.

Otóż — czy to w najmniejszym, czy w kompletnym zasięgu — pracę tę może wykonać lekarz powiatowy tylko z pomocą dostatecznej ilości dobrych położnych.

Zadaniem Szkoły jest zarówno dostarczanie tych sił, a więc *szkolenie* położnych, jak stałe utrzymywanie ich na dobrym poziomie, a więc *przeszkolenie*.

W tym zakresie leżą punkty styczne i dlatego Kierownictwo Szkoły i lekarze powiatowi muszą od czasu do czasu konferować bezpośrednio dla wymiany myśli, mającej służyć organizacji pracy obustronnej.

A zatem:

Sprawa szkolenia

Tu idzie o jakość kandydatek, ich pochodzenie, ilość, rozmieszczenie i program nauczania.

Z tej wiązanki zagadnień dla lekarzy powiatowych jest najpilniejszą sprawa właściwego rozmieszczenia położnych.

Powinno ono być równomierne w stosunku do kilometrów kwadratowych i ilości mieszkańców.

Czy to osiągnięto? Nie!

Mamy dotąd ośrodki: jedne, przeładowane nieracjonalnie, inne, nie dysponujące położną w ogóle.

A zatem cała skala, niestety, od zera.

Prawidłowe rozmieszczenie położnych, szczególnie na wsi i w małym miasteczku, można oprzeć jedynie na pochodzeniu kandydatki z tej miejscowości, dla której trzeba położną wykształcić.

Tylko ta wróci do miejsca, z którego na naukę przybyła.

Wszelkie zobowiązania, dotyczące osiadania położnych napływowych tam, gdzie to leży w interesie ludności, a tym samym lekarza powiatowego, są iluzoryczne.

Nie ma dla nich egzekutywy.

Jeżeli się równocześnie zważy wszechstronnie wyższe szanse powodzenia, a tym samym pożyteczności położnych tubylczych w stosunku do napływowych, to sądzę, że łatwo da się uzgodnić co do tego, kogo i skąd Szkoła ma przyjmować, a lekarze powiatowi przysyłać i komu przy nadmiarze kandydatek, a fatalnych warunkach Szkoły, mam dać pierwszeństwo.

Gdyby Szkoła Krakowska pracowała w warunkach normalnych, dysponowała normalnym materiałem, miała może nawet przewidziany ustawą internat nie wprowadzalibyśmy pojęć takich, jak nadmiar kandydatek, pierwszeństwo, itd., ponieważ zapotrzebowanie dobrych położnych jeszcze nie jest zaspokojone. Ale warunki nasze są bardzo złe, a umysłowi europejskiemu trudno by było je sobie uzmysłowić. Na poprawę nie zanosi się znikąd. Jesteśmy więc zmuszeni do daleko idącej restrykcji w przyjmowaniu kandydatek i przy największym wysiłku z naszej strony i skrupulatnym wyzyskaniu materiału możemy kształcić rocznie 40 do 50 osób — na razie.

Musimy więc wybierać, zaspakajając najpilniejsze potrzeby miejscowości o skali najniższej. Przy tym wybieraniu tylko lekarze powiatowi mogą być instancją, dającą pewność bezstronności ponad sołtysem, wójtem, nauczycielem, księdzem i wreszcie prywatnym interesem kandydatki. Takie dobrze postawione i stwierdzone zapotrzebowanie ze strony lekarzy powiatowych jedynie może i powinno rozstrzygać o przyjęciu kandydatki.

Gdyby jeszcze Szkoła mogła otrzymywać od lekarzy powiatowych te zapotrzebowania, 100% niezaczepialne, na czas, ułatwiło by to pracę i uwolniło od niecelowych czasami poczynań.

Czas trwania nauki, internat, program, cenzus — to wszystko nader godne uwagi rzeczy, ale nie mieszczą się w ramach małego artykułu.

Przeszkolenie

Czy ono jest potrzebne? Ponad wszelką wątpliwość!

Poziom starych położnych jest przerażający. Różnią się od babek posiadaniem dyplomu, są zalegalizowanym zaprzeczeniem pomocy położniczej. Przykry widok potęguje wyczerpanie fizyczne tych wyniszczonych postaci.

Widujemy słuchaczki, których wiek dyplomu przekroczył 29 lat, a one same przekroczyły 60 lat, spędzonych wśród ciężkich warunków życia i pracy. Ale i młode roczniki w naszych swoistych warunkach czy to wiejskich, czy małomiasteczkowych szybko spadają poniżej poziomu.

Jeżeli się oceni — zresztą optymistycznie — trwałość dyplomu na pięć lat, to okaże się, że w Polsce należy przeszkolić rocznie ponad 1.000 położnych.

Gdy zacieśnimy te rozmiary do województwa krakowskiego, to mamy do przeszkolenia około 1.000 kobiet.

Planu generalnego nie ma, miejsca, czasu i materiału nie ma, internatu nie ma. Akcja ma charakter *doraźny*.

Przedkładałam Ministerstwu różne sposoby rozwiązania tego zagadnienia — ale na razie bez reakcji. Zanim przyjdzie organizacja i pomoc od góry, stoimy w Krakowie na stanowisku, że z miejsc będących do dyspozycji przeszkolenia i z dni przeznaczonych na nie, nie wolno nam uronić ani jednego.

Tymczasem ustosunkowanie się do przeszkolenia samych położnych jest zupełnie negatywne. Do szczytu dochodzi ono w Krakowie, gdzie położne — to roczniki bardzo stare. Szkołę mają pod nosem, a najobficiej znoszą różne świadectwa, między innymi złego zdrowia, byle się od kursu uwolnić. Inne zgłaszają się z premedytacją późno, i zanim sądzenie się z nimi ukończono — już jest po kursie. Inne wśród kursu wiecznie szukają mieszkania.

Rada na to jest i leży w rękach lekarzy powiatowych: było by pożądane, aby kolejka mechaniczna wedle wieku dyplomu była rozłożona, już dziś powiedzmy na lat pięć, uwidoczniona w Wojewódzkim Urzędzie Zdrowia w Krakowie i Szkole Położnych, zawczasu znana przez kandydatki, niemal jak data asenterunku. Świadectwa zdrowia, usprawiedliwiające absencję mógłby wystawiać tylko lekarz powiatowy. Dla kandydatek należało by w Krakowie zagarnąć bodaj dom wycieczkowy.

Stwierdzamy więc: że entuzjastek przeszkolenia nie ma, i że zanim przyjdzie zrozumienie i zapał, zorganizowany musi być przymus celem *wykonania ustawy*.

Poruszając to wszystko mam na względzie los i dobro ciężarnych, rodzących, położnic, noworodków, a więc podstawy zdrowia całego społeczeństwa.

Okazuje się, iż położna w dążeniu do dania społeczeństwu maksimum opieki sanitarno-położniczej jest czynnikiem podstawowym, jest pierwszą i najważniejszą komórką sanitarnego mechanizmu.

Czy instrument ten wybrano dobrze? Nie!

Nie wchodzę w to czyja to wina. Za daleko byśmy wtedy zaszli. Ale stwierdzam, że ogrom pracy i odpowiedzialności powierzamy w przytłaczającej większości surowym niespreparowanym mózgom prostych niekształconych kobiet wiejskich i małomiasteczkowych, a żądamy od nich bez mała tego co od lekarza, a w kierunku orientacji i decyzji nawet tego samego.

Proszę zestawić program nauczania i census.

Zaiste okazuje się, że można żyć bez szkoły średniej i studia zaczynać od końca, jak w Rosji.

Więc musimy sobie powiedzieć, że tak spreparowane położne są i muszą być żywiołem słabym. Aby mogły funkcjonować sprawnie, muszą znaleźć u lekarzy nie tylko monitowanie, narzekanie, kary, ale przede wszystkim opiekę.

Opieka ta, to splot olbrzymich obowiązków w sferze materialnej, moralnej, naukowej i fachowej i ten cały kompleks spada dziś na lekarzy powiatowych. Położne rozumieją już dziś, że cele swoje mogą osiągnąć tylko na drodze związków. A jednak nie zrzeszą się bez nacisku ze strony lekarza powiatowego, bez tego nacisku nie zaprenumerują pisma, nie utrzymają torb w porządku.

Lekarz powiatowy sam musi walczyć o dostateczną ilość położnych urzędowych, okręgowych i gminnych, musi walczyć o wyposażenie ich, bo one same na to są za słabe. Lekarz powiatowy musi trzymać w garści wolno praktykujące za pomocą rejestracji, przeglądów, odpraw, konferencji. Lekarz powiatowy musi dopomóc w walce z babkami. Tylko lekarz powiatowy może i musi wydźwignąć i utrzymać położne na tym poziomie, który odpowiada roli i znaczeniu położnej w społeczeństwie, czego zresztą same położne jeszcze nie bardzo rozumieją, ani doceniają.

Jeżeli więc Szkoły Położnych dają materiał, dają substrat dla opieki sanitarno-położniczej w kraju, to działalność lekarza powiatowego i jego ustosunkowanie się do zagadnienia położnych zadecyduje o tym, co z tego substratu społeczeństwo będzie miało.

W tym kierunku istnieją różne środki i sposoby ułatwienia pracy, że wspomnę tu nawiasem o uzyskanej dla powiatu lwowskiego instruktorce położnictwa.

Różnie można o różnych sposobach myśleć. Jedno jest pewne, że niezawodnym i stałym środkiem pomocy powinny być Szkoły Położnych, ale postawione wzorowo i celowo i rozumnie współpracujące z lekarzami powiatowymi.

FELIETON

Dr Maksymilian BLASSBERG Kraków

Alfred Adler jako lekarz (na tle osobistych wspomnień)

Mówiąc o Alfredzie Adlerze, jako o lekarzu, na tle osobistych wspomnień, muszę rozpocząć od zapoznania się z drem Adlerem. Podczas wojny, gdy pełniłem w roku 1917 służbę w Oddziale Neurologicznym Szpitala Załogi w Krakowie pod komendą lekarza sztabowego, neurologa dra Szarfa, został przeniesiony na nasz oddział dr Adler z Wiednia, jako lekarz pospolitego ruszenia. Sympatyczna i miła postać mądrego i ludzkiego lekarza od razu usposobiła wszystkich dla niego życzliwie, a muszę przy tym zaznaczyć, że ani przypuszczałem, że nasz dr Adler jest identyczny z autorem wielu cennych naukowych dzieł, które poprzednio poznałem i przestudiowałem. W pierwszych kilku dniach naszej znajomości przypadkowo pełniłem tak zwany dyżur szpitalny, a dr Adler odwiedził mnie w pokoju inspekcyjnym, przybywszy do mnie na pogawędkę. Wówczas zameldowano mi, że chory oddziałowy, prawnik, „jednoroczny-ochotnik", znów dostał zwykłego napadu nerwowych-histerycznych kurczów w gardle i twarzy.

Posłałem po chorego, a tymczasem wtajemniczałem mojego gościa, o co chodzi. Dowodziłem, że można by tu się ograniczyć do rozpoznania histerii męskiej i na tym zakończyć. „Tymczasem", jak mówiłem, „niejaki dr Adler we Wiedniu, były asystent Freuda, stworzył nowy teren psychologii indywidualnej, umożliwiający dokładniejsze zgłębienie psychiki nerwic. I dopiero w świetle tego naświetlenia staje się nam zrozumiałe, dlaczego chory miewał napady nerwicy przed maturą

i egzaminami, przed zaręczeniem się i teraz podczas wojny przed pójściem w pole". Szeroko i szczegółowo tłumaczyłem mojemu słuchaczowi pojęcia Adlera o nerwicach, mówiłem o „*Flucht in die Neurose*", o „*Zögernde Attitude*" *itp.* Wśród moich wywodów zabrakło mi nagle jednego wyrażenia z dziedziny psychologii indywidualnej. Na to: „*Minderwärtigkeitsgefühl habe ich es genannt*" odezwał się, uzupełniając, mój słuchacz, który moich wywodów słuchał z powagą i potakiwaniem głowy, nie zdradzając dotąd swego *incognito*.

W ten sposób niespodzianie dowiedziałem się, że całkiem nieświadomie samemu Adlerowi wykładałem jego naukę o nerwicach, a jak się zdaje, pomyślnie zdałem egzamin, bo przezwał mnie żartobliwie dobrym interpretatorem. Odtąd zawiązał się przyjacielski i serdeczny stosunek między nami i to tym bliższy, że Adlera bardzo łatwo można było polubić.

Był on wzrostu średniego, raczej niskiego, o ciemnych oczach i włosach, o zachowaniu się spokojnym i pełnym miary, bardzo skromny, choć niezwykle inteligentny. Dyskusja z nim stanowiła prawdziwą ucztę duchową. Często komendant dr Szarf pobudzał nas do dyskusji, która toczyła się zawsze w spokojnym, rzeczowym i wykwintnym tonie. Przyznaję się bez wstydu, że najczęściej musiałem ulec, bo przekonywał mnie obfitością i głębią przytaczanych argumentów i przykładów. Z dyskusyj tych wyniosłem przekonanie, że to, co lekarz nazywa często astenią nerwów, tj. neurastenią, a zatem np. stany czynnościowego osłabienia systemu nerwowego, powstające pod wpływem toksyn, w rekonwalescencji, pod wpływem niedokrwistości itp. zupełnie nie należą według Adlera do nerwic, gdyż pojmował on nerwice wyłącznie jako stany psychiczne i leczył psychicznymi wpływami. W jednym tylko kierunku śp. Adler nie zdołał mnie zdobyć dla swej idei. Był on mianowicie przeciwnikiem tak rozpowszechnionego kultu picia kawy i herbaty i zapraszał mnie często na cienki odwar kwiatu lipowego zamiast herbaty. Tylko 1 lub 2 razy zdołałem się przemóc, ale mimo najszczerszych chęci nie mogłem sobie przyswoić tej nowości. Nadto niestety pozostałem niewypłaconym dłużnikiem dra Adlera. Przyrzekłem mu przetłumaczyć jego książkę: „*Über den nervösen Charakter*" na język esperancki. Pracę tę podjąłem i przez szereg miesięcy gorliwie tym się zajmowałem i przetłumaczyłem przeszło połowę książki. Ale gdy mimo starań nie znalazłem nakładcy, musiałem wstrzymać dalsze tłumaczenie, o czym go oczywiście zawiadomiłem.

Choć wobec kolegów był bardzo uprzejmy, to jednak z wielką niechęcią wspominał o kolegach wiedeńskich, którzy mu okazywali mało przychylności i wyrządzali liczne krzywdy, stawiając liczne przeszkody jego zamiarom.

Z ogromną goryczą mówił o tym, że chciano go się pozbyć z Wiednia i przeniesiono jego, cywilnego lekarza, chorego na cukrzycę i ojca rodziny, niepotrzebnie do Krakowa. Ale na szczęście, jak wiadomo, jeszcze za życia doczekał się triumfu, gdyż nauka jego zdobyła sobie uznanie i rozpowszechnienie na całym świecie. W poglądach swoich był dr Adler bardzo postępowym, liberałem i demokratą. Miał wiele uczucia miłości dla ludu i współczuł z bezradnością i bezsilnością ludu wobec kłamstw, jakimi go karmiono i walk, jakie toczono o jego dobro, tresując go w posłuszeństwie dla sfer rządzących. My osobiście z dr D. Gottliebem z Krakowa byliśmy mu bardzo wdzięczni za energiczną postawę, jaką zajął przeciw modnej wówczas metodzie tortur średniowiecznych, a mianowicie przeciw metodzie wykrywania symulacji przy pomocy silnych prądów faradycznych. Tylko dzięki jego energicznemu wystąpieniu nieludzka metoda ta nie zagnieździła się na naszym oddziale i nie zmuszano nas do jej stosowania. Wyrazem jego poglądów w tych kwestiach była broszurka wydana potem we Wiedniu w r. 1919 pt.: „*Die andere Seite*".

Po raz ostatni widziałem się z nim przed siedmioma laty w Berlinie. Adler przyjechał z powodu V Międzynarodowego Zjazdu Psychologii Indywidualnej, który odbywał się tam od dnia 26 do 28 września 1930 r. w ratuszu Schöneberg. Z Berlina wybierał się w podróż do Ameryki. Spotkanie nasze było bardzo krótkie, ale serdeczne. Adler był już wówczas otoczony tysiącami entuzjastycznych wyznawców i gorących wielbicieli z całego świata, jak to miałem sposobność stwierdzić uczestnicząc w tym zjeździe. Powiadomiła mnie też o tym między innymi pani drowa Filipsbornowa, która jest obecnie kierowniczką zakładu wychowawczego w Danii na wyspie Bornholm. Referenci Zjazdu pochodzili głównie z Berlina, Paryża, Londynu, Nowego Yorku, Budapesztu, Wiednia, Monachium, Drezna i wielu innych miast, a sprawozdawca niemieckiej gazety „*Vossische Zeitung*" (Nr 226 z r. 1930), określa liczbę obecnych jako „*gewaltig grosses Auditorium*".

Zjazd obejmował trzy działy: 1) lekarski, 2) pedagogiczny i dydaktyczny oraz 3) dział psychologii społecznej. Odbywał się pod przewodnictwem dra Kronfelda wobec przedstawicieli władz państwowych, rządowych i miejskich oraz reprezentantów ministerstw, między innymi ministra oświaty Grimma.

Adler rozpoczął serię referatów zjazdowych a zarazem dzień lekarski wykładem: „O nerwicy poniewolnej" (*Uber Zwangsneurose*), w którym przypomniał i streścił swoje badania nerwicy poniewolnej, prowadzone od roku 1912 oraz uzupełnił je wynikami pracy i badań struktury i leczenia tej nerwicy, wykonanymi w ostatnich kilku latach przed kongresem. Przy sposobności kongresu wygłosił on przez radio berlińskie wykład o zagadnieniach wychowawczych i skutkach wadliwego wychowania, przejawiających się w życiu późniejszym. Szczególnie podkreślił, że typ tzw. „rozpieszczonego" dziecka przeradza się później w osobnika, którego planem życiowym jest łatwe urzeczywistnianie i spełnianie życzeń, bez odpowiednich świadczeń, a kiedy później następuje otrzeźwienie przez życie realne, powstaje rewolta pieszczocha przeciw twardym wymaganiom życiowym i ucieczka do nerwicy.

Sposób badania i leczenia metodą psychologii indywidualnej, stosowany przez Adlera polegał na przyjaznej rozmowie między lekarzem a chorym. Unikał wszelkiej domieszki narzucania autorytetu lekarskiego i ograniczał się wyłącznie do stosunku przyjacielskiego i życzliwego. Zwyczaju, przyjętego powszechnie przez freudystów w psychoanalizie leczniczej, aby chory podczas badania leżał, dr Adler nie stosował. Przy badaniu nie wysuwał na pierwszy plan objawów nerwowych, lecz uwzględniał całą osobowość chorego, gdyż chodziło mu o wykrycie, jak dany osobnik myśli. Wypytywał o zawód i trudności w zawodzie o chęć do pracy lub o niewydolność w pracy, o ambicje uwieńczone powodzeniem lub o rozczarowania. Badał życie płciowe, stosunki w małżeństwie, zapatrywania na rodzinę i potomstwo. Interesował się stosunkiem badanego do ludzi i społeczeństwa, stosunkiem do członków rodziny. Pytał, którym z rzędu dzieckiem w rodzeństwie jest badany, jakie ma konflikty w rodzinie, w jakim stopniu interesuje się losami innych ludzi, z kim żyje w przyjaźni, a kogo uważa za wroga. Na stosunki rodzinne i społeczne, na sposób wychowania i na wspomnienia z lat dziecinnych zwracał baczną uwagę, ponieważ właśnie przeżycia pełne zmartwień lub upokorzeń powodują wczesne załamanie odwagi i otuchy życiowej. Adler zwracał baczną uwagę na to, jak się chory zachowuje względem lekarza: czy jest nieśmiały i trwożny — czy też wręcz przeciwnie daje swym zachowaniem i stanowczością sądu do zrozumienia, że liczy na uznanie swych zalet. Podkreślał, że często lekarz-psycholog napotyka u chorego neurotyka na opór. Opór ten wynika z tkwiącej w chorym ogólnej skłonności do lekceważenia otoczenia i upatrywania w lekarzu przeciwnika, którego powodzenie lecznicze musiałby zaliczyć do swoich klęsk.

Wszystkie te i tym podobne badania zdążały do wykrycia podświadomych celów danego osobnika, tkwiących u jego nerwicy. Jak wiadomo bowiem, badania Adlera doprowadziły go do zasadniczego poglądu, że cechą wszystkich duchowych przejawów jest chęć dopięcia jakiegoś celu i każdy przejaw duszy, jeżeli ma nam dać zrozumienie badanego osobnika, musi być pojęty i zrozumiany jako dążenie do celu, a wszelkie ruchy częściowe będą się zgadzały z wytyczonym zamiarem i planem życiowym. Więc zastanawiał się nad tym, jakie korzyści przysparza choremu jego nerwica. Czy umożliwiła mu wyjście z trudnej sytuacji, jaką stwarzały mu miłość lub zawód. Czy nerwica posłużyła mu dla wywarcia zemsty lub ukarania kogoś. Czy przez nerwicę zwrócił na siebie uwagę i stał się przedmiotem zabiegów. Jeżeli jeden chory na zapytanie, coby zrobił, gdyby teraz był zdrowym, odpowiedział, że zarabiałby pieniądze, drugi, że zdałby egzamin, a trzeci, że ożeniłby się, — to Adler z tego wyciągał wniosek, że właściwym celem tych trzech chorych jest właśnie uchylanie się od wymienionych zadań, do których nie czują się zdolni, gdyż nie chcą narazić siebie i swej ambicji na klęskę.

Leczenie Adlera polegało właściwie na udzielaniu choremu indywidualno-psychologicznej nauki. Chory musi się nauczyć patrzeć na swoje czyny i postępki w życiu krytycznie, jako następstwa albo zniechęcenia, albo ambicji i musi się nauczyć zająć rzeczowe stanowisko wobec życia. Wielu neurotyków, jak wspominałem, widzi w lekarzu przeciwnika i stawia mu opór, a lekarz w ciągu leczenia ma możność ze stanu i sposobu kształtowania się stosunku między chorym a sobą odczytywać, jakby na termometrze, u chorego stopień budzącej się zdolności do przystosowania się, do tolerancji, do współpracy i do uczucia wspólnoty (*Gemeinschaftsgefühl*). Zasadniczym rysem le-

czenia Adlera było to, że ono nie usuwało tylko objawów, lecz zmieniało cały kierunek życia i nastawienia do życia.

Można powiedzieć, że stawiał on człowieka ponad chorego, a nie chorego ponad człowieka, że każdy przypadek rozpatrywał zawsze ze stanowiska obowiązków społecznych a uzdrawianie uważał nie za indywidualną zdobycz, lecz za obowiązek ze stanowiska ogólno-ludzkiego. Dla scharakteryzowania dążeń Adlera jako lekarza, można by powiedzieć, że ten głęboki umysł, który do dna poznał naukę o człowieku i jego duszy, miał jako cel i dewizę lekarskiego badania i leczenia tylko i wyłącznie *„dla dobra ogółu"*. To wypowiedział w wykładzie, który wygłosił w Berlinie w przeddzień wspomnianego V Zjazdu Psychologii Indywidualnej. Wykład ten nosił tytuł: „Sens życia" *(Sinn des Lebens)*. Adler wywodził w nim, że całe zadanie życia dążyć powinno do ogólnego pożytku dla ludzkości. Z tego punktu widzenia dokonywa się wszystkie świadczenia, zarówno indywidualne, jak i kolektywno-historyczne, które się ocenia jako cenne i trwałe. I z tego punktu widzenia można określać wszystko jako nienormalne, chorobliwe, zahamowane i mniej wartościowe. Wszystkie umysłowe, a także zmysłowe zdolności i świadczenia mają na celu to i probierz w tym, czy odpowiadają i służą współpracy i ogólnej, wzajemnej pożyteczności.

BIBLIOGRAFIA

Artykuły oryginalne w czasopismach

Piśmiennictwo polskie

Warszawskie Czasopismo Lekarskie. Nr 48. 1937. Spis rzeczy za r. 1937.

Medycyna Praktyczna. Z. 22. 1937. Berezowski Fr.: Eteryzacja jako metoda pomocnicza przy ekspertyzach sądowo-psychiatrycznych. — Ostoja-Ostojski E.: O skutecznym leczeniu gruźlicy przetworami śledzionowymi.

Medycyna Praktyczna. Z. 23. 1937. Kessel L.: Lupus erythematodes a auroterapia. — Janowicz J.: List dra Ludwika Gąsiorowskiego do dra Antoniego Józefa Jagielskiego.

Medycyna Praktyczna. Z. 24. 1937. Łobacz St.: Leczenie kamicy nerkowej neopankarpiną. — Stasińska J.: Zastosowanie szczepionki Delbeta w schorzeniach oczu.

Nowiny Społeczno-Lekarskie. Nr 1. 1938. Niklewski St.: Szkic historyczny Związku Lekarzy Państwa Polskiego. — Orłowski E.: W walce o zdrowie wsi polskiej. — Opieński J.: W sprawie lekarzy analityków. — Zański J.: O przyszłość młodych lekarzy.

Wiedza Lekarska. Nr 12. 1937. Jastrzębska M. Z.: W sprawie kliniki i leczenia przewlekłego liszaja rumieniowatego (lupus erythematosus).

Czasopismo Sądowo-Lekarskie. Nr 4. 1937. Wachholz L.: W pierwsze dziesięciolecie Czasopisma Sądowo-Lekarskiego. — Grzywo-Dąbrowski W.: Samobójstwa we dwoje, zabójstwo i samobójstwo w Polsce w latach 1931, 1932, 1933, 1934, 1935. — Grzywo-Dąbrowski W.: Przyczynek do statystyki samobójstw w r. 1936. Samobójstwo w Warszawie i Krakowie. Samobójstwo wspólne. Zabójstwo i samobójstwo w Polsce w r. 1936. — Grzywo-Dąbrowski W.: Sprawozdanie z czynności Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu Józefa Piłsudskiego w Warszawie za r. 1936. — Kozłowski A.: Wykazywanie śladów krwi przy pomocy luminolu. — Swaryczewski Z.: Samobójstwo we Lwowie w latach 1925—1934.

Chirurg Polski. Nr 12. 1937. Peter J.: Leczenie ubytku ściany brzucha wszczepieniem uszypułowanego odcinka sieci. — Kossakowski J.: Wrażenia z oddziałów chirurgicznych niektórych szpitali dla dzieci za granicą.

Polski Przegląd Chirurgiczny. T. XVI. Z. 6. 1937. Lachs R.: O wartości próby Rehna w diagnostyce czynnościowej nerek. — Malczyński St. i Drucker H.: O nadnerczakach. — Beaupré J.: Przypadek autonefrektomii nerki gruźliczej. — Majewski J.: Próba Delbet-Mocquot i próba Perthesa w żylakach kończyn dolnych.

Pediatria Polska. T. XVII. Z. 6. 1937. Hirszfeldowa H.: Wpływ dziedziczności na patologię dziecka. — Łącka A. i Perlmutter S.: Przyczynek do przewlekłego gośćca stawowego u dzieci.

Prasa Lekarska. Nr 1. 1938. Grodzieński E.: Lecznictwo doraźne chorób krwi. — Stępowski Br.: Zaburzenia miesiączkowania (cyklu miesięcznego) i ich leczenie.

Therapia Nova. Nr 12. 1937. Krasuski A.: Przyczynki do historii leków pochodzenia roślinnego. — Heryng J.: Tężyczka dziecięca i tężyczka pooperacyjna. — Zatorska A.: Leczenie ziarnicy złośliwej.

Młoda Matka. Nr 1. 1938.

Pielęgniarka Polska. Nr 12. 1937.

Wiadomości Weterynaryjne. Nr 209. 1937.

Ruch Filozoficzny. Nr 5—10. 1937.

Przemysł Chemiczny. Nr 12. 1937.

OCENY

Quelques Vérités Premières (ou soi-disant telles) en Pathologie Cardio-Vasculaire). E. DONZELOT. Masson et Cie. Str. 80. 1937.

Autor podjął się zadania umieszczenia na 80 stronicach całokształtu chorób narządu krążenia. Zdawało by się, że jest to niebezpieczne przedsięwzięcie zamknąć całą patologię sercowo-naczyniową z tyloma zespołami i zagadnieniami w tak ciasnych ramach. A jednak udało się autorowi osiągnąć ten cel, operując krótkimi zdaniami. Zebrał i uporządkował wszystkie schorzenia narządu krążenia w miniaturze.

Część pierwsza poświęcona jest nauce o chorobach serca, metodom badania, zaburzeniom rytmu sercowego, dusznicy bolesnej, zapaleniom osierdzia i wsierdzia, zapaleniom mięśnia sercowego, zakrzepom naczyń wieńcowych serca, schorzeniom wrodzonym, niedomogom mięśnia sercowego.

Druga część omawia patologię naczynioruchową: ciśnienie tętnicze, nadciśnienie, podciśnienie, choroby tętnicy głównej, tętnic, i schorzenia żył.

Krótkość tekstu nie zmniejsza w niczym przejrzystości. Autor nie opuścił żadnego schorzenia. Książeczka ta jest doskonałym skrótem wiadomości z zakresu chorób narządu krążenia. Pisana ładnym językiem jest dla lekarza jednocześnie przyjemną lekturą.

Ungar (Lwów).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA

Patologia

Pojemność życiowa Japończyków. TOSHIAKI EBINA, YOSHI KAJIWARA, HARUTSUNE KONDO, TAKEO KIKUCHI. The Tohoku Journ. of exp. Med. Vol. 31. Nr 5. 1937.

Pojemność życiowa mierzona za pomocą spirometru wykazała dla wzrostu przeciętnego 161,5 — 3877 cm^3, dla 160,5 — 4108, dla 159 — 4098, dla 158,7 — 3790, dla 159 — 3585. Dla kobiet — wzrost 148,7 — 2761, 149,0 — 2624, 146,8 — 2554 itp. Dla Anglików pojemność ta wahała się pomiędzy 4140 a 4646, podobnie dla Amerykanów i Niemców. Natomiast Włosi, Siamczycy, Chińczycy i inne ludy Południa mieli pojemność mniejszą. To samo dotyczyło kobiet. Poszczególne tablice pouczają o ilości maksymalnej i minimalnej objętości w poszczególnych latach obu płci. *W. Moraczewski* (Lwów).

Wydzielanie epinefryny po wstrzykiwaniu azotynu sodowego. YASUTARO SATAKE, HIRISHI SATO, KIMIO ABE. The Tohoku Journ. of exp. Med. Vol. 31. Nr 5. 1937.

Autorowie wykazują, że wprowadzenie 20, 30 i 40 mg $NaNO_2$ na kg zwierzęcia u psa wywołuje zwiększenie wydzielania epinefryny mierzonej we krwi do dziesięciu razy, nawet w półtora godziny po zastrzyknięciu. Początkowy spadek ciśnienia ustępuje po kilku godzinach. Doświadczenia te nabierają wartości ze względu na spostrzegane działanie odtruwające azotynów w zatruciu cyjanowodorem i tlenkiem węgla.

W. Moraczewski (Lwów).

Wyhodowanie prątków gruźliczych z plwociny trędowatych SUKETOSHI NAKAJYO i RISSHUN SUZUKI. The Tohoku Journ. of exp. Med. Vol. 31. Nr 5. 1937.

U stu trędowatych udało się w 30 wypadkach wyhodować prątki gruźlicze. W innych mimo własności kwasoopornych hodowanie nie powiodło się. W ogóle hodowanie prątków gruźliczych wymaga dłuższego czasu w tych wypadkach, niż hodowla czystych prątków gruźliczych.

W. Moraczewski (Lwów).

Oznaczanie Mg w mleku. MITSURA HASEGAWA. The Tohoku Journ. of exp. Med. Vol. 31. Nr 5. 1937.

Autor podaje sposób oznaczania magnezu po usunięciu wapnia, przez strącanie orto-oksy-chinoliną i zaprawianie osadu bromem, którego nadmiar oznacza się jodometrycznie.

W. Moraczewski (Lwów).

Badania wydzielania białka i ustalania koloido-osmotycznego ciśnienia przez czynność wątroby. HISASHI YASUDA. The Tohoku Journ. of exp. Med. Vol. 31. Nr 5. 1937.

Autor w dwóch po sobie umieszczonych pracach wykazuje, że wątroba zatrzymuje białka na wzór cukru, bo zawartość we krwi żyły wątrobowej jest mniejsza, niż w żyle wrotnej i tętnicy, że upust krwi albo pozbawienie ciałek czerwonych *(plasmophäresis)*, tj. upuszczanie krwi i wstrzykiwanie z powrotem upuszczonej surowicy prowadzi do wypływania z wątroby krwi o wyższym ciśnieniu osmotycznym (małe cząsteczki białkowe). Wprowadzenie z powrotem surowicy daje we krwi wypływającej z wątroby większe ilości białka, czasami nawet przekraczające ilości spotykane zwyczajnie i przed upustem.

Po uszkodzeniu nerek przez kantarydy i sole uranowe, wątroba wykazuje obniżenie osmotycznego ciśnienia i procentu białek, szczególniej po zatruciu uranem. Po upustach krwi oddaje mimo to wątroba białka do krwiobiegu, choć w mniejszym stopniu. *W. Moraczewski* (Lwów).

Haemophilia. W. N. BOLDYREFF M. D. The Tohoku Journ. of exp. Med. Vol. 31. Nr 5. 1937.

Autor wyraża przekonanie, że skaza krwotoczna mogłaby być w związku z zaburzeniami czynności trzustki, ponieważ u psów z przetoką trzustkową zdarzają się podobne objawy: przedłużenie czasu krzepnięcia. Autor porównywa to do choroby cukrowej i podnosi, że cukrzyca też jest szczególnie złośliwa w wieku młodym. *W. Moraczewski* (Lwów).

O pierwotnym raku płuc. L. BERKESY. Wien. Arch. f. inn. Med. T. 29. Z. 3. 1936.

Autor we wstępie podnosi częstość występowania raka płuc w ostatnim 20-leciu.

Podczas gdy Fuchs na podstawie 12.000 sekcyj w latach 1854—1885 podaje 8 przypadków, Pressler w r. 1896 zebrał z piśmiennictwa 70 przypadków, to od czasów wojny zapadalność na raka wyraźnie wzrasta. Światło w tym kierunku rzucają zestawienia różnych autorów (podają oni ilość raka płuc w procencie na 100 sekcyj, w których stwierdzono raka). I tak Zalka do r. 1908 podaje 1—2.7%, w latach 1924—1927: 6.65%; Biberfeld (Niemcy) 4.4% z dawniejszych lat, w r. 1925: 7%. Inni autorzy niemieccy podają do roku 1900: 0.5—1—4%. Do 1913 r. procent zapadalności na raka płuc wzrasta tak, że w r. 1924 osiąga wartość 10—15%.

Autor w pracy podaje zestawienie i omówienie 24 przypadków pierwotnego raka płuc, zebranych w klinice szegedyńskiej w latach od 1931 do końca listopada 1935, przy czym procent raka w stosunku do raków o innym umiejscowieniu stale wzrastał od 20—37%. (W r. 1931 na ogólną ilość chorych — 272 — wypadło 5 raków, a jeden rak płuc = 20%. W r. 1935 na 772 chorych było 27 raków, z czego 10 raków płuc = 37%). Z czynników usposobiających do tego schorzenia zwraca się uwagę na przewlekłe mechaniczne i chemiczne drażnienia nabłonka dróg oddechowych, zwłaszcza w dużych miastach, przy czym niewątpliwą rolę zdają się odgrywać gazy spalinowe motorów benzynowych, chociaż niektórzy podnoszą, że i w okolicach górskich nie tak rzadko można stwierdzić występowanie tego raka.

Podobnie w Rosji o słabej motoryzacji występowanie raka płuc wzrasta tak, jak w Stanach Zjednoczonych. Z innych czynników drażniących wymienia się asfaltowanie autostrad, palenie tytoniu, pandemie grypy (1918 r.); poza tym zatrucia fosgenem, chlorem z czasów wojny wydają się istotnymi czynnikami ułatwiającymi bujanie nowotworowe. W końcu zwraca się uwagę na możliwość uczynnienia tego procesu chorobowego przez obecne rozpowszechnienie badań rentgenowskich, ponadto może nie bez znaczenia było jednostronne odżywianie i niedobór witaminy A podczas wojny. Autor omówiwszy dokładnie przypadki kliniczne, podaje, że w 11 rozpoznanie zostało potwierdzone sekcyjnie, w 5 za życia stwierdzono komórki nowotworowe w plwocinie, albo w wysięku opłucnowym. Autor poza tym podkreśla nietypowe objawy tego schorzenia tak, że poza pewnym rozpoznaniem na podstawie stwierdzenia komórek rakowych, czasem poza ustaleniem procesu przy pomocy promieni Roentgena, pomyłki w rozpoznaniu różniczkowym mogą być częste.

(Statystyka autora uwzględniająca przypadki jednej tylko kliniki jest niemiarodajną, bo bardzo ograniczoną, co właśnie może stało się przyczyną wyolbrzymienia procentu raka płuc w stosunku do innych raków. Procent ten z pewnością byłby znacznie mniejszy, gdyby uwzględniło się też wielką ilość raków skórnych i narządów rodnych. Uw. ref.).

St. Malczyński (Lwów).

Uwagi w sprawie działania kwasu askorbinowego w krupowym zapaleniu płuc. A. HOCHWALD. Wien. Arch. f. inn. Med. T. 29. Z. 3. 1936.

Według autora wczesne zastosowanie kwasu askorbinowego w krupowym zapaleniu płuc w postaci zastrzyków dożylnych (w dużych ilościach od 0.5 g na dawkę, powtarzaną — zależnie od ciężkości przypadku — co ½ godz., aż do 2,5 g, a nawet więcej kwasu askorbinowego) wykazuje istotny wpływ, zaznaczający się szybkim spadkiem ciepłoty, poprawą stanu ogólnego i miejscowego, zmianą obrazu ciałek białych we krwi (spadek ich ilości i przesunięcie na prawo); w niektórych ponadto przypadkach i poprawą moczu (urobilinogenuria i wahania, zresztą nieznaczne, w chlorkach). Tego rodzaju leczenie zastosowane w drugim dniu choroby mija się z celem. Na razie nie można wytłumaczyć mechanizmu działania kwasu askorbinowego, zastosowanego w zapaleniu płuc. Nie wiadomo, czy działanie to polega na zahamowaniu wypadania, czy tworzenia się włóknika. Na podkreślenie zasługuje jedyny niekorzystny objaw w powyższym leczeniu, a mianowicie spadek ciśnienia krwi, który Tislowitz przypisuje podrażnieniu nerwu błędnego.

St. Malczyński (Lwów).

Próby stosowania Prontosilu w durze brzusznym. S. KULESZA. Medycyna. Nr 16. 1937.

Na podstawie 26 przypadków duru brzusznego autor w tymczasowym doniesieniu nie wysnuwa ostatecznych wniosków, stwierdza jednak, że stosowanie prontosilu, zwłaszcza w późniejszych okresach duru brzusznego, czy jego nawrotach, wykazuje wpływ dodatni. Zaznacza się to obniżką ciepłoty oraz poprawą samopoczucia chorego. Dwukrotnie autor po wstrzyknięciu prontosilu stwierdził nagły spadek ciepłoty o 3—4° i objawy lekkiej zapaści, która zakończyła się pomyślnie.

U wszystkich chorych, na których preparat działał, śledziona w ciągu 2—4 dni od chwili wstrzyknięcia się zmniejszała.

Szczególną uwagę autor zwraca na stałe działanie moczopędne tego środka, zjawiające się już w 15—30 minut po wstrzyknięciu. *St. Malczyński* (Lwów).

O progu elektrolitycznym skłaczania (koagulacji) białka surowiczego u osobników z niedomogą krążenia. A. GELBFISZ. Medycyna. Nr 16. 1937.

Badania oparte są na próbie O. Weltmanna, według którego próg elektrolityczny (jest to najmniejsze graniczne stężenie soli, które jest niezbędne do wystąpienia skłaczania surowicy 50-krotnie rozcieńczonej wodą przekroploną) białka surowiczego waha się między 0.05—0.09 chlorku wapnia. W stanach patologicznych skłaczanie występuje bądź w wyższych, bądź w niższych stężeniach chlorku Ca. (Takie podwyższenie, albo przesunięcie na prawo Weltmann stwierdził w zapalnych sprawach wysiękowych). Przesunięcie w lewo w szeregu skłaczającym, stwierdził autor w marskości wątroby, w jej schorzeniach miąższowych, w okresach niedomogi, w wadach serca, oraz w włóknistych postaciach gruźlicy płuc.

Autor wykonał badania w początkowych okresach niedomogi krążeniowej z zastojem żyły bramnej. Równocześnie celem kontroli oznaczał urobilinogen w moczu. W sprzeczności z Weltmannem, który podaje obniżenie progu elektrolitycznego w tych sprawach, autor nie stwierdził wybitniejszych różnic z osobnikami zdrowymi; to samo w niedomodze wątroby. Dla ostatniej o wiele czulszym wskaźnikiem jest wzmożenie urobilinogenu, aniżeli zachowanie się progu elektrolitycznego skłaczania białka surowiczego. Zgodnie natomiast z Weltmannem autor stwierdził podwyższenie progu skłaczania białka surowiczego w sprawach zapalnych, jak gruźlica, zapalenie opłucnej, ostre zapalenie stawów z zapaleniem osierdzia. *St. Malczyński* (Lwów).

Zakrzepy i zatory tętnicy płucnej w świetle materiału sekcyjnego Zakładu Anatomii Patologicznej U. J. P. B. KAMPIONI-MANTEUFFEL. Medycyna. Nr 17. 1937.

Na podstawie dokładnie opracowanego zestawienia, autorka dochodzi do następujących wniosków:

1. Liczba zatorów tętnicy płucnej na podstawie materiału Zakładu Anatomii Patologicznej U. J. P. jest mniejsza, niż liczba ich według innych statystyk europejskich (Frey). Na 13.796 sekcyj z okresu 1919—1934 stwierdzono zator tętnicy płucnej w 36 przypadkach, zakrzep zaś w 137 przyp.

2. Największą liczbę zatorów widziano w 1928 r., (podobne liczby stwierdzono na materiale lwowskim). Liczba zakrzepów miała szczyt w 1928 i 1929 r.

3. Liczba zatorów i zakrzepów tętnicy płucnej jest 2—3-krotnie większa u kobiet, niż u mężczyzn.

4. Częstość zatorów i zakrzepów tętnicy płucnej wzrasta z wiekiem. U dzieci zakrzepy, a zwłaszcza zatory tętnicy płucnej widzi się rzadko.

5. Zatory i zakrzepy tętnicy płucnej najczęściej widujemy po zakrzepach w kończynach dolnych.

6. Liczba zatorów w przypadkach chirurgicznych i niechirurgicznych jest jednakowa, liczba zakrzepów przeważa w ostatnich.

We wszystkich przypadkach zatorów i zakrzepów tętnicy płucnej przeważają choroby serca. *St. Malczyński* (Lwów).

Badania zawartości trypsyny, lipazy i amylazy w treści dwunastniczej chorych na dur brzuszny. R. WYGOWSKI. Medycyna. Nr 17. 1937.

Autor ujmuje wyniki badań następująco: Trypsyna w treści dwunastnicy u tych chorych jest nieznacznie zwiększona, zwłaszcza w okresie gorączki (3—4 tydzień). Lipaza w treści dwunastnicy, niezależnie od ciepłoty utrzymuje się w granicach normy przez cały czas choroby. Amylaza w treści dwunastnicy jest znacznie wzmożona od 2—5 tyg. choroby i to zwłaszcza w 3 i 4 tygodniu.

Powyższe badania mają i znaczenie praktyczne, zwłaszcza o ile chodzi o układanie diety chorych na dur brzuszny. Z uwagi na dostateczną ilość zaczynów w treści dwunastnicy w tych przypadkach, odżywianie pokarmami, zwłaszcza węglowodanowymi i białkowymi powinno być dostateczne, ale i zależne od stanu chorego (badania kału na zawartość niestrawionych resztek pokarmowych). Poza tym ilość i jakość pokarmów powinny być dobierane w ten sposób, aby można było zapobiec zaleganiu ich w jelitach, wskutek czego procesy fermentacyjne i gnilne wywierałyby niekorzystny wpływ, zwłaszcza wobec upośledzonej przyswajalności pokarmów na tle toczącej się sprawy chorobowej. *St. Malczyński* (Lwów).

Działanie hormonu tarczyco-zwrotnego przedniego płata przysadki mózgowej u człowieka. E. F. SCOWEN. Lancet. Str. 799. 1937.

Autor przeprowadził badania u ludzi zdrowych i chorych z niedomogą przysadki i z niedomogą tarczycy. U ludzi zdrowych po wstrzykiwaniu 400—1200 jednostek Heyl-Laguera hormonu tarczycozwrotnego przysadek świńskich stwierdzał wzrost przemiany spoczynkowej o + 40 do + 45%. Po zaprzestaniu wstrzykiwań, przemiana spoczynkowa opadała w ciągu tygodnia z powrotem do normy.

W 3 przypadkach niedomogi przysadkowej na tle *craniopharyngoma* z p. s. = —30%, *neuroblastoma* przysadki z p. s. = —45%, oraz na tle guza (drobnowidowo niezbadanego) przysadki z p. s. = —40%, wstrzykiwanie hormonu tarczycozwrotnego po 400 jednostek przez okres 10—13 dni, lub po 600 jednostek przez 8 dni spowodowało uzyskanie prawidłowych wartości przemiany spoczynkowej. Należy zaznaczyć, że we wszystkich 3 przypadkach nie było objawów obrzęku śluzowatego, jakkolwiek były takie objawy, jak suchość skóry, hipotermia i bradykardia.

W 6 przypadkach obrzęku śluzowatego z obniżoną przemianą spoczynkową (—25 do —40%), po wstrzykiwaniu hormonu tarczycozwrotnego przez 10 dni w sumie do 20.000 jednostek, nie stwierdzono ani razu wzrostu przemiany spoczynkowej, którą łatwo można było uzyskać po wlewaniu dożylnym tyroksyny lub po zażywaniu doustnym tyreoidyny.

Z powyższego wynika, że hormon tarczycozwrotny pobudza tarczycę do wzmożonej czynności u ludzi zdrowych lub chorych z niedomogą przysadki, lecz nie tarczycy.

Wl. Elmer (Lwów).

Żywotność laseczników gruźlicy na pożywkach ubogich. BARGLOWSKI. Helv. Med. Acta. T. 4. Str. 72—76.

Autor usiłował hodować laseczniki gruźlicy w roztworze fizjologicznym, wodzie studziennej i wodzie przekroplonej, by stwierdzić, w jaki sposób zmienia się żywotność i jadowitość zarazka w tego rodzaju hodowli.

Do doświadczeń użył 1 szczepu typu bydlęcego i 3 różnych szczepów typu ludzkiego i stwierdził większą odporność typu bydlęcego, mniejszą typów ludzkich, lecz niejednakową w poszczególnych szczepach. Największą trwałość wykazywały kolonie w wodzie przekroplonej, dając się przeszczepiać przez 100—130 dni (typ bydlęcy). Typ ludzki najdłużej zachowuje swą żywotność w wodzie wodociągowej (do 80 dni), ginąc w wodzie przekroplonej i roztworze fizjologicznym w kilku dniach. Z badań na jadowitość dokonano tylko 1 zaszczepienie świnki morskiej 1/10^5 mg (± 90 laseczek) 15-dniowej kolonii lasecznika typu bydlęcego przechowywanego przez 80 dni w zawiesinie w płynie fizjologicznym. Badanie to wykazało mierne zmniejszenie jadowitości w stosunku do hodowli świeżej. Autor sądzi, że zanieczyszczenia płynów, w których przechowywał hodowle, drobnymi ilościami NH_3, CO_2 i soli mineralnych pozwalały hodowlom zachowywać żywotność, przy czym jednak stwierdza, że różne zachowanie się poszczególnych szczepów typu ludzkiego dowodzi różnorodności ich cech biologicznych.

B. Petryński (Lwów).

W sprawie leczenia schorzeń przysadkowych wszczepieniem przysadki. EHRHARDT-KITTEL. Z. f. kl. Med. T. 132. Str. 246—264. 1937.

W historii tego sposobu leczenia wspominają autorzy, że pierwsze próby poczynione zostały przez Ehrhardta w r. 1928. Wszczepienie przysadki jest czynnikiem pobudzającym niemal cały układ wkrewny, nie przedstawiając bynajmniej leczenia zastępczego i stanowi bodziec potężny, wyrażający się w stosunku do prolanów cyfrą 15000 j. m. zawartych w 1 przysadce wołowej. Inne ciała czynne przysadki znajdują się w niej w ilościach prawdopodobnie analogicznie wysokich, toteż w przeszczepieniu przysadki należy dopatrywać się najpotężniejszego bodźca dla układu wkrewnego, jakiego w żadnym razie nie można zastąpić wstrzykiwaniami fabrycznych wyciągów przysadki. Wszczepiona przysadka ulega wchłonięciu, a uwolnione przy rozpadzie komórek jej ciała czynne przechodzą do krwiobiegu. Za takimi losami wszczepionych przysadek przemawiają badania histologiczne blizn. Przytoczone poglądy ilustrują historie chorób 11 przypadków różnych schorzeń przysadki.

B. Petryński (Lwów).

O wpływie suszenia, utrwalenia i barwienia na średnicę ciałek czerwonych. SCHOCH. Helv. Med. Acta. T. 4. Str. 87—93.

Autor przeprowadził szereg badań i stwierdził, że zastój żylny powoduje zwiększanie się średnicy ciałek czerwonych, przy czym rozmiary ciałek czerwonych nie powracają do poprzedniego stanu po uwolnieniu krwi od CO_2 przez przepędzenie przez nią powietrza. Suszenie w ogóle nie wpływa na wielkość ciałek czerwonych, przyśpieszone suszenie nad płomieniem nieznacznie zwiększa średnicę. Barwienie przyżyciowe słabymi (1/4%) roztworami błękitu metylenowego nie zmienia rozmiarów ciałek, podobnie, jak utrwalanie gorącem, alkoholem metylowym i barwikiem May-Grünwalda. Do mierzenia ciałek pod imersją należy używać olejku cedrowego, który nie zmienia rozmiarów ciałek czerwonych, a nie balsamu kanadyjskiego, pod wpływem którego ciałka czerwone się kurczą.

Autor nie stwierdził makrocytozy (ściślej przesunięcia w prawo krzywej Priee-Jonesa) w przypadkach cukrzycy — czy to utajonej, czy zakwaszonej aż do śpiączki.

B. Petryński (Lwów).

Studia dotyczące fizjologii krwi w klimacie wysokogórskim. KRUPSKI-ALMASSY. Helv. Med. Acta. T. 4. Str. 94—128. 1937.

W pedantycznie dokładnych badaniach na bardzo skromnym materiale (4 ludzi, 1 koza, 1 cielę) kontrolowali autorzy wpływ wysokich poziomów na obraz i własności krwi, wykazując: 1) nieznaczny tylko (do 15%) wzrost liczby ciałek czerwonych, począwszy od 2 tyg. pobytu na wysokości 3.450 m n. p. m., przy poziomie wyjściowym Zurych i to zarówno we krwi dużych żył, jak i naczyń włosowatych ze wzrostem liczby retikulocytów, wcześniejszym o tydzień od wzrostu liczby ciałek czerwonych; 2) w obrębie ciałek białych przede wszystkim wzrost leuk. oboj. i spadek limf., przy niezn. wskaźniku ogólnej liczby ciałek białych; 3) zdolność wiązania tlenu przez krew wzrastała równolegle z liczbą ciałek czerwonych — oznaczenie Hb. metodą Sahli'ego zgadzało się do 5% z oznaczeniem przez określenie zdolności wiązania O_2 przez krew; 4) z oznaczeń substancji suchej osocza wynika, że zmiany liczby ciałek czerwonych nie są następstwem utraty wody. Zmiany od 1) do 4) cofały się po powrocie w równiny.

Wpływ wysiłku w postaci szybkich wspinaczek na znacznych wysokościach i dłuższych tur wysokogórskich wyrażał się przede wszystkim wzrostem liczby ciałek białych i to głównie leuk. neutr. przy spadku liczby limfocytów. Liczba ciałek czerwonych nieznacznie opadała mimo znacznej utraty wody z potem — nie stwierdzono również wzrostu liczby retikulocytów.

Spektrometryczne oznaczenia Hb. dawały wartości wyższe od uzyskanych innymi metodami, również po wysiłkach (po których liczba ciałek czerwonych opadała).

Drobne zmiany w widmie krwi zdają się świadczyć o pojawianiu się w górach (not. po wysiłkach) jakiejś pochodnej Hb. Smugi absorbcyjne widma Hb. α i β wykazują to samo położenie w dolinach i górach, jedynie smuga γ przesuwa się ku części czerwonej widma słonecznego. *B. Petryński* (Lwów).

Pośrednia (intermedialna) przemiana węglowodanów. H. A. KREBS. Lancet. Str. 763. 1937.

Szent-Györgyi w roku 1935—1936 wyraził myśl, że kwas bursztynowy i jego pochodne (kwas fumarowy, kwas szczawiowo-octowy i inne) katalitycznie pobudzają procesy utlenienia w mięśniach, co zostało wkrótce potwierdzone przez innych autorów.

Krebs i Johnson (1937 r.) odkryli, że kwas cytrynowy działa podobnie katalitycznie, albowiem dodany w małych ilościach przyśpiesza procesy utleniania węglowodanów. Autor omawia związek, jaki zachodzi między przemianą kwasu bursztynowego i kwasu cytrynowego, zarówno w warunkach fizjologicznych, jak i patologicznych, mianowicie w kwasicy cukrzycowej. Szent-Györgyi postawił hipotezę, że węglowodany nie mogą się spalać w cukrzycy wskutek braku albo zmniejszenia ilości katalizatora procesów utlenienia, mianowicie kwasu szczawiowo-octowego, będącego pochodną kwasu bursztynowego. Przez dodanie kwasu bursztynowego Korányi i Szent-Györgyi zmniejszyli wytwarzanie ciał acetonowych w cukrzycy. Autor sądzi, że ten sam wynik można otrzymać przez dodawanie kwasu cytrynowego, który ma tę zaletę, że jest tańszy i ma lepszy smak.
Wł. Elmer (Lwów).

Działanie kwasu bursztynowego w kwasicy cukrzycowej. D. M. DUNLOP i W. M. ARNOTT. Lancet. Str. 738. 1937.

Wedle Korányi'ego i Szent-Györgyi'ego doustne podawanie większej ilości kwasu bursztynowego wybitnie zmniejsza acetonomocz. Autorom węgierskim powiodło się w 4 przypadkach kwasicy cukrzycowej na 5 przypadków leczonych, w zupełności usunąć kwasicę acetonową przy pomocy wyłącznego leczenia kwasem bursztynowym bez stosowania równoczesnego insuliny. W piątym przypadku mogli natomiast wydatnie ograniczyć ketonurię.

Dunlop i Arnott stosowali w 2 przypadkach ciężkiej kwasicy cukrzycowej leczenie kwasem bursztynowym, podając go w roztworze 2% 3 razy dziennie doustnie, razem w ilości 450 cm^3, tj. 9 g kwasu bursztynowego. Kwas bursztynowy nie wykazał jednak działania przeciwketonowego, nie mogąc ani zapobiegać ketonurii, ani obniżać ketonurii już wytworzonej.
Wł. Elmer (Lwów).

O rozmieszczeniu, wydzielaniu i nagromadzeniu glukozydów grupy naparstnicowej. LENDLE. Wien. kl. Wschr. Str. 1243. 1937.

W obszernym artykule przytacza autor dotychczasowe poglądy i wyniki własnych badań doświadczalnych, z których wysuwa wnioski, że: 1) nagromadzenie przetworów naparstnicowych nie jest zjawiskiem chemicznym, lecz dynamicznym, to jest, że sumują się wyniki działania, a nie same ciała czynne. 2) Glukozydy „naparstnicowe" dadzą się podzielić na: a) szybko działające i szybko wydzielane (geniny i Digilanid B), b) wolno działające i wolno wydzielane (Digitoksyna i Digilanid A), c) pośrednie (k-Strofantyna i Folineryna). *B. Petryński* (Lwów).

O skazie moczanowej. F. v. MÜLLE. Wien. kl. Wschr. Nr 37. 1937.

Do symptomatologii klinicznej skazy moczanowej dodaje autor nowoopisany zespół kliniczny, charakteryzujący się: 1) stałym przekwaszeniem moczu, 2) wysoką urikemią, 3) obfitym wydzielaniem kryształów kwasu moczowego z moczem i 4) wysoką leukocytozą (o liczbach ciałek białych zbliżonych do białaczkowych), nie wytłumaczoną jakąś dającą się określić przyczyną i ze względu na ten ostatni objaw, proponuje dla opisywanego zespołu objawowego nazwę *Polycythaemia alba.*
B. Petryński (Lwów).

Przypadek cukrzycy przejściowo ustepującej w czasie ciąży. A. FORRO. Wien. kl. Wschr. Nr 37. 1937.

Opis przypadku ciężkiej cukrzycy u 28-letniej kobiety obserwowanej od 1½ roku, u której od III miesiąca ciąży objawy cukrzycy zaczęły szybko ustępować i do VII miesiąca ciąży utrzymała się jedynie charakterystyczna cukrzycowa krzywa cukru krwi po obciążeniu glukozą. Z obumarciem płodu cukrzyca szybko wróciła do dawnego nasilenia. Ze względu na poprawę cukrzycy we wczesnym okresie ciąży, autor nie tłumaczy jej zastępczą czynnością trzustki płodu, lecz poprawę przyswajania cukru przypisuje zmianom w układzie wkrewnym wyrażającym się podwyższeniem poziomu folikuliny i prolanu we krwi.
B. Petryński (Lwów).

Mikrobiologia i serologia

Związek między zdolnością chorobotwórczą, a cyklem rozwojowym pewnych zarazków w szczególności łańcuszkowca. R. NATIVELLE. Ann. de méd. T. 41. Nr 4. 1937.

Wszelkie zarazki ulegają w ciągu swego życia przemianom postaci, rozpadowi lub też postaci niewidzialne pod mikroskopem, przesączalne przemieniają się po pewnym czasie w widzialne. W zależności od tego przychodzi też do zmiany ich stopnia jadowitości. Liczne doświadczenia z łańcuszkowcami wykonane na wszach wykazały, że zarazek ten, podobnie jak wiele innych, początkowo jest niewidzialny i nie da się go wyhodować ani z krwi, ani z innych soków organizmu.

W tym też okresie jest on najbardziej jadowity. Po pewnym czasie, który klinicznie odpowiada czasowi inkubacji, rozwijają się w organizmie zarazki, z których łatwo można wyodrębnić kulturę. W tym okresie przeważnie jadowitość ich maleje.
Z. Webersfeld (Lwów).

Choroby wewnętrzne, nerwowe i dziecięce

Kliniczna i patologiczna tożsamość pheochromocytoma. A. H. WELLS i P. G. BOMAN. Journ. Amer. Med. Assoc. 109, 1176 1937.

Pheochromocytoma klinicznie i anatomo-patologicznie odpowiada nadczynności części rdzeniowej nadnerczy. Obraz kliniczny przebiega pod postacią ostrych ataków, trwających 30 sekund do 3 godzin: nagłe bicie serca, przebiegające ze zwolnieniem lub przyśpieszeniem tętna, uczucie bólu i ucisku serca, ciśnienie krwi wzrasta nagle do 200 lub nawet 300 mm Hg, pojawiają się niekiedy objawy niedomogi serca lewego z sinicą, kaszlem i odksztuszaniem pienistej, krwawej plwociny, wybitne przyśpieszenia oddychania (35 oddechów na minutę). Wyrazem skurczu małych naczyń jest nagłe zblednięcie skóry, która staje się wyraźnie zimna i zlana potem. W kończynach chory odczuwa różne sensacje, jak bóle, kłucia, odrętwienia a niekiedy drżenia. W zakresie głowy chory odczuwa bóle, zawroty, ćmienie przed oczyma, przy czym można zauważyć rozszerzenie źrenic i wytrzeszcz gałek ocznych. Chory uskarża się na bóle w przewodzie pokarmowym, w okolicy nadbrzusza, nudności i wymioty. Niekiedy stwierdza się cukromocz.

Pomimo tego, że ataki trwać mogą kilka minut, chorzy czują później jeszcze znużenie a niekiedy zupełne wyczerpanie. Sprawa chorobowa może trwać kilka miesięcy do kilkunastu lat. Jeśli przejdzie w okres bardziej przewlekły, wówczas nadciśnienie jest objawem stałym. Przyczyną śmierci mogą być wylewy krwawe w mózgu, przewlekła niedomoga serca lub ostre porażenie lewej komory serca, choroba Addisona, krwotok w nadnerczach. W rozpoznaniu różniczkowym należy wziąć pod uwagę: nadciśnienie idiopatyczne (*hypertonia essentialis*), *neurosis cordis*, nadtarczyczność, cukrzycę i guz nerek.

Nowotwór złośliwy lub dobrotliwy komórek chromochłonnych części rdzeniowej nadnerczy lub paraganglioma ta wzdłuż kręgosłupa są przyczyną tego obrazu chorobowego. Niekiedy przyczyna jest guz *glomus caroticum.* Guzom tym towarzyszy często *neurofibromatosis* skóry. Guzy o różnej wielkości, niekiedy do kilograma wagi, zawierają 0.3 do 2 g adrenaliny na 100 g tkanki nowotworowej. Niekiedy guz można wymacać lub stwierdzić w obrazie rentgenologicznym, często na podstawie przemieszczenia nerki. W 13 przypadkach *pheochromocytoma* powiodło się przez chirurgiczne usunięcie guza usunąć także objawy hiperadrenalizmu.

Autorowie opisują przebieg własnego przypadku *pheochromocytoma.* Chora lat 30, skarżyła się na bóle brzucha. Od roku pojawiają się nagle ataki bicia serca, trwające kilka minut, szczególnie po podnieceniu nerwowym. W ogóle czuje się zmęczona, chętnie położyłaby się do łóżka. Chora zwraca uwagę na bladość skóry i chłodne ręce, ćmienie przed oczyma i nudności. W czasie wolnym od ataków czuła się stosunkowo nieźle. Po ataku, trwającym kilka sekund lub minut, odczuwała zmęczenie przez szereg godzin. Ciśnienie krwi wzmożone (160 mm Hg), naczynia krwionośne dna oka zwężone. Inne badania wraz z oznaczeniem przemiany gazowej wypadły ujemnie. Z powodu ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego wykonano zabieg. Lecz już po rozpoczęciu uśpienia eterowegi ciśnienie krwi poczęło narastać do 180 mm Hg, po czym

gwałtownie spadło, zastosowano szereg środków podniecających. Zapalnie zmieniony wyrostek robaczkowy usunięto i rozpoczęto sztuczne oddychanie, które z trudem powracało, pojawiła się sinica, rozszerzenie źrenic, wytrzeszcz gałek ocznych, nastąpiła wówczas śmierć. Po śmierci wytrzeszcz gałek znikł. Na sekcji stwierdzono nowotwór prawego nadnercza. Histologicznie stwierdzono utkanie części rdzeniowej nadnercza i chromochłonność, a chemicznie 200 mg adrenaliny w guzie (1% adrenaliny).

Wł. Elmer (Lwów).

Chirurgia, położnictwo i ginekologia, stomatologia

Leczenie atonii pęcherza i kiszek za pomocą Dorylu Mercka. H. SELBACHER. Münch. med. Wschr. Nr 14. Str. 534. 1937.

W położnictwie i ginekologii stosował autor z korzystnym wynikiem Doryl Mercka w atonii pęcherza i kiszek. Podawano 1 ampułkę zawierającą 0,25 mg w 1 cm^3 podskórnie lub domięśniowo. Po 2 godzinach bez obawy można ponownie podać tę samą ilość. Spośród 54 przypadków zaobserwowano tylko u jednej chorej, jako objaw uboczny, krótkotrwałe poty. Preparat okazał się skuteczny w leczeniu uporczywych postaci atonii pęcherza i kiszek, zarówno w okresie połogowym, jak i po operacjach i jest co najmniej równorzędny z fizostygminą i preparatami przysadki, w niektórych przypadkach przewyższa je nawet wyraźnie. *J. Bader* (Warszawa).

Higiena i medycyna społeczna

Zapobiegawcza służba zdrowia w Niemczech. Die Betriebskrankenkasse. Nr 4. 1937.

Urząd Ubezpieczeń Rzeszy (*Reichsversicherungsamt*) wystosował do kierowników Krajowych Zakładów Ubezpieczeń następujący dodatek z dnia 30. XII. 1936 r. do wskazań o przeprowadzeniu zapobiegawczej służby zdrowia, jako zadania społecznego ubezpieczeń przeciwchoróbowych.

Przeprowadzenie zapobiegawczej służby zdrowia, jak również udział w zadaniach polityki ludnościowej i zdrowotnej, w sensie Trzeciego Rozporządzenia o Ubezpieczeniach Społecznych z dnia 18. XII. 1934 r., ogranicza się do ogólnego i szczegółowego zapobiegania chorobom.

Przez „zapobieganie chorobom" rozumieją się te tylko środki, które służą bezpośrednio zapobieganiu chorobom i zachorowaniom, z wyłączeniem środków, służących do podniesienia stanu zdrowotnego w ogóle, lub usprawnienia fizycznego ludności. Pojęcie ogólnego zapobiegania chorobom obejmuje środki, dostępne wszystkim członkom Kas Chorych, a przynajmniej większości tych członków. Środki do szczegółowego zapobiegania chorobom przeznaczone są dla pewnych tylko grup członków kas chorych, zagrożonych chorobą.

Zadania zapobiegania chorobom podzielić można na trzy grupy: zadania ogólno-państwowe, okręgowe i miejscowe. Zadaniami ogólno-państwowymi kierują władze centralne, zadaniami okręgowymi kieruje ośrodek, wybrany dla jednego lub kilku zakładów ubezpieczeniowych danego okręgu, zadania miejscowe są takie, które z natury rzeczy muszą być traktowane indywidualnie i nie mogą być podporządkowane krajowym zakładom ubezpieczeń. Przykładem dla zadań ogólno-państwowych mogą być państwowe ośrodki do walki z gruźlicą oraz ośrodki do zwalczania chorób wenerycznych. Akcję zapobiegawczą w pewnych okręgach prowadzą przede wszystkim spółdzielnie pracy, założone dla większych okręgów i posiadające własne środki dla zapobiegania chorobom.

Instytucje i środki zapobiegawcze.

1. Służba zdrowia i polityka zdrowotna o ile bezpośrednio służy akcji zapobiegania chorobom.
2. Ośrodki zdrowia.
3. Szpitale gminne, o ile służą akcji zapobiegania chorobom.
4. Spółdzielnie pracy. Udział i pomoc w akcji, służącej bezpośrednio zapobieganiu chorobom (np. ośrodkom do zwalczania gruźlicy, chorób wenerycznych, śmiertelności dzieci i noworodków).
5. Służba pielęgniarska (dodatki do uposażeń).
6. Poradnie przeciwweneryczne i walka z chorobami wenerycznymi.
7. Poradnie dla matek i niemowląt.
8. Zwalczanie śmiertelności wśród dzieci.
9. Zwalczanie gośćca.
10. Zwalczanie raka.
11. Pielęgnowanie zębów u młodzieży szkolnej.
12. Walka z alkoholizmem.
13. Gimnastyka ortopedyczna dla zapobieżenia inwalidztwu.
14. Leczenie matek, zagrożonych gruźlicą.
15. Leczenie dzieci zagrożonych gruźlicą.
16. Leczenie chorych na gruźlicę i choroby weneryczne.
17. Odosobnienie chorych na choroby zakaźne.
18. Walka z epidemiami.
19. Środki dezynfekcyjne.
20. Szczepienia ochronne.
21. Wydawanie odezw propagandowych.
22. Urządzanie wystaw, wyświetlanie filmów, wystawianie sztuk teatralnych oraz wydawanie pism, wyjaśniających przyczyny powstawania chorób i sposoby uniknięcia zachorowania.

O konieczności umieszczenia chorych na gruźlicę w szpitalu. L. TELEKY.

Artykuł ten jest komentarzem do ustawy saksońskiej z dnia 23. X. 1936 r. Według autora, policja winna zająć się również warunkami zdrowotnymi, a więc i bezpieczeństwem ogółu, jeśli chodzi o zdrowie. Jednym z groźnych niebezpieczeństw jest gruźlica, dlatego też należy zmusić osobnika chorego na gruźlicę, który jest rozsadnikiem choroby, do nieprzebywania pośród zdrowych. Jednakże pozbawić chorego wolności osobistej można tylko wtedy, jeśli on sam nie dba, aby choroby nie rozprzestrzeniać. Przykładem takim może być notoryczny pijak, chory na gruźlicę płuc, który nie dba o swe zdrowie. Początkowo można na takiego osobnika nakładać grzywny; jeśli jednak grzywna jest, ze względu na stan majątkowy, nieściągalna, albo mimo jej zapłacenia, zachowanie chorego nie poprawia się, należy umieścić go przymusowo w zamkniętym zakładzie dla chorych. Rozporządzenie to obejmuje Saksonię.

Doświadczenia dotyczące odosobniania chorych z otwartą gruźlicą płuc w Turyngii.

Dr Franciszek Heisig podaje, iż przymusowe odosobnianie jednostek z otwartą gruźlicą płuc dało w Turyngii dobre wyniki dla zdrowotności ogółu. Z danych statystycznych wynika, iż należało pozbawić wolności osobistej zaledwie jedną jednostkę na sto tysięcy osób.

Skutki reorganizacji ubezpieczeń społecznych. Die Betriebskrankenkasse. Nr 6. 1937.

Ubezpieczenia społeczne spełniają coraz lepiej swoje zadania — zwłaszcza w dziedzinie zapobiegawczej służby zdrowia i obejmują coraz większą ilość ubezpieczonych. Mówią o tym następujące cyfry. Składki ubezpieczenia inwalidzkiego wynosiły w r. 1932 — 642.2 milj., w r. 1935 — 940 milj., w I półroczu r. 1936 — 484.5 milj. W ubezpieczeniu urzędników w r. 1932 — 287.7 milj., w r. 1935 — 350 milj., w I półroczu r. 1936. — 195.8 milj. W ubezpieczeniu od chorób w I półroczu r. 1936 — 619.9 milj., w czasie od stycznia do października r. 1936 — 1076 milj., w porównaniu z 1000 milj. w tym samym czasie roku 1935. Wpływy w I półroczu r. 1936 przewyższyły wpływy I półrocza 1935 r. w kasach chorych o 9.3%, w ubezpieczeniu inwalidzkim o 10,4%, w ubezpieczeniach urzędników o 14% Ogólne wpływy ubezpieczeń społecznych wynosiły w r. 1934 (bez ubezpieczeń od bezrobocia) 3.797 milj., w r. 1935 — 4.067 milj., w r. 1936 przewyższyły ogólne wpływy roku ubiegłego o 10—12%.

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 29 września 1936 roku

1. Kol. Raciążek G.: *Przypadek przepukliny samoistnej płucnej (pokaz przypadku),* (streszczenie własne).

Pokaz 36-letniego mężczyzny z guzem w V przestrzeni międzyżebrowej po stronie prawej.

Guz ten wielkości małego jaja kurzego jest elastyczny, nie chełbocący, ma gładką powierzchnię, a za naciśnięciem cofa się w głąb, po czym na jego miejscu wyczuwa się w tkance międzyżebrza jakby niszę. Prelegent, opierając się na wynikach badania fizycznego tudzież rentgenogramu, który wykazał w guzie tkankę płucną zawierającą powietrze, stawia rozpoznanie samoistnej przepukliny płucnej. Przypadek zasługuje zdaniem prelegenta na szczególną uwagę z tego względu, że wystąpienia przepukliny nie poprzedzał żaden uraz klatki piersiowej. W uzupełnieniu swego pokazu prelegent omówił pokrótce dotyczące piśmiennictwo oraz zasady rozpoznania różniczkowego tego przypadku.

Rozprawy:

Kol. Ostrowski W., czł. T-wa: Przepukliny płucne należy odróżniać od wypadnięcia płuca poprzez otwór w klatce piersiowej. Tymczasem wielu autorów rozpatruje te dwie różne postacie chorobowe *(prolapsus pulmonis* i *hernia pulmonis)* wspólnie, przez co może powstać błędne mniemanie, że chodzi o sprawę względnie częstą. W rzeczywistości jednak prawdziwe przepukliny płuca są zjawiskiem niezmiernie rzadkim. Liczba ogłoszonych przypadków nie dochodzi setki. Przypadek przedstawiony przez prelegenta słusznie został zaliczony do przepuklin samoistnych, a to dlatego, że nie możemy tu ustalić przyczyny uwypuklania się znacznej części płuca pod skórą poprzez międzyżebrze. Prócz tzw. *hernia pulmonis spontanea* istnieją *herniae congenitae* i *herniae consecutivae,* powstałe na skutek zniszczenia mięśni międzyżebrowych przez uraz albo taką czy inną sprawę chorobową (np. ropną). Wolno przypuszczać, że w przypadku przedstawionym istnieje wykształcony worek przepuklinowy opłucnowy, ponieważ inaczej było by trudno wytłumaczyć brak zrostów płuca ze ścianą klatki piersiowej. Jeżeli chodzi o leczenie, zalecałbym bezwzględnie zabieg operacyjny. Chory jest osobnikiem, pracującym fizycznie. Nie ulega też wątpliwości, że przepuklina, już obecnie dość duża, stale będzie się powiększała. Sprzyjać temu powiększaniu się będzie kaszel, którego chory nie uniknie. Wcześniej, czy później uwypuklająca się do worka przepuklinowego część płuca zrośnie się z otoczeniem, przestanie być odprowadzalną, powstać w niej mogą zmiany chorobowe. Wszystko to grozi choremu w przyszłości, być może już niedalekiej, ograniczeniem zdolności do pracy fizycznej. Za leczeniem operacyjnym przemawia i ta okoliczność, że chodzi tu o zabieg dość łagodny, który może być wykonany z powodzeniem w znieczuleniu miejscowym. Należało by wykonać operację pozaopłucnowo, aby zmniejszyć ryzyko operacyjne. Worek opłucnowy należało by więc wpuklić, nie otwierając go, do klatki piersiowej poprzez jego szyję, a szyję zeszyć, międzyżebrze zaś pozbawione w tym miejscu warstwy mięśniowej wzmocnić przeszczepem z powięzi szerokiej uda. Całość operacji było by najlepiej wykonać z płatowego cięcia skóry.

Kol. Kryński, czł. T-wa, jest zdania, że jeśli chodzi o dokonanie operacji, należało by ją wykonać już w stanie obecnym, gdyż wyczekiwanie może doprowadzić do powikłań, utrudniających wykonanie zabiegu, nie przedstawiającego w chwili obecnej wielkich trudności.

Kol. Filiński, czł. T-wa (streszczenie własne). Przypadek przepukliny płucnej musi wzbudzić zainteresowanie ze względu na możność osłuchiwania tkanki płucnej, wypełniającej się powietrzem niezależnie od oddychania. Przypomnę tu, że Sahli na doświadczeniu takim, również w przypadku wrodzonej przepukliny płucnej, oparł teorię miejscowego powstawania szmeru pęcherzykowego. Dawniej uważano go za udzielony szmer krtaniowy. Sahli wysłuchiwał szmer pęcherzykowy przy zamkniętej krtani nad wydymającą się przepukliną płucną. Korzystając z okazji, osłuchałem u obecnego tu chorego guz, powstający podczas nadymania się chorego. Otóż, nie mogłem uchwycić szmeru pęcherzykowego, natomiast były liczne trzeszczenia. Sądzę, że płuco znajduje się tu w danej chwili w stanie znacznej niedodmy i rozlepianie ścian pęcherzyków wywołuje trzeszczenia, które zacierają szmer pęcherzykowy. Ta okoliczność nie przeszkadza mi uznawać miejscowe powstawanie szmeru pęcherzykowego, który miałem możność wysłuchiwać nad płucem wypełniającym się niezależnie od wdechu w przypadku ubytku klatki piersiowej.

Kol. Raciążek podkreśla rzadkość omawianego przypadku w piśmiennictwie polskim, a co do postępowania leczniczego, zgadza się z kol. Ostrowskim i kol. Kryńskim. Chory będzie poddany operacji.

2. Kol. Michalski Zdz., czł. T-wa: *Przegląd własnych metod leczniczych w gruźlicy, ze szczególnym uwzględnieniem postaci ostrych* (streszczenie własne).

Referat prelegenta dotyczy prób leczniczych przeprowadzonych przez Z. Michalskiego i współpracowników i już uprzednio ogłoszonych drukiem. Referat ma cele praktyczne, przedstawienie, co z licznych dokonanych badań znalazło zastosowanie w praktyce życia codziennego.

Leczenie przewlekłej gruźlicy: 1. Leczenie swoiste 2. Chemoterapia. 3. Ziołolecznictwo.

1. Pod leczeniem swoistym Z. Michalski rozumie wyłącznie leczenie prątkiem gruźliczym lub jego przetworami. Omawiając pokrótce leczenie swoiste gruźlicy Z. M. odróżnia: a) leczenie preparatem bezantygenowym, starą tuberkuliną, b) leczenie antygenowe — zawiesiną Kocha (nową tuberkuliną) i antygenem metylowym, c) leczenie naskórne — drogą odczynów miejscowych.

Szczepionka własna Z. M. odpowiada grupie B i C, lecz ma szerszą skalę zastosowania. Odstępy dwutygodniowe, które Z. M. wprowadził dla celów praktycznych, zmniejszają wartość leczniczą szczepionki i lepsze wyniki otrzymać można, stosując szczepionkę częściej bezpośrednio po wygaśnięciu odczynu. Niestety w praktyce ambulatoryjnej jest to utrudnione.

2. Z metod chemoterapeutycznych zastosowanie w praktyce codziennej może znaleźć ichtiol wprowadzony przez śp. Tadeusza Grzybowskiego (Medycyna, Nr 16, 1934). Jest niezłym środkiem wykrztuśnym i resorbującym i zwiększa odsetek limfocytów.

Obecnie w formie zalecanej przez T. Grzybowskiego znajduje się w handlu, wyrabiany przez aptekę Gessnera (5% roztwór w ampułkach 1 cm^3).

3. Ulegając nastawieniu chorych, w oddziale przerobiono badania nad wpływem niektórych ziół. Wyniki podane zostały przez H. Skwarczewską i J. Maya (Wiedza Lekarska, r. 1932, kwiecień).

W wyniku tych badań prelegent stosuje odwar z podbiału, skrzepu kociego pyska *(galeopsidis)* i krwawnika, który chorzy piją jako herbatkę na noc słodzoną miodem. Posiada ona niezłe działanie wykrztuśne.

Leczenie postaci ostrych. Z. M. nie zgadza się z propagandą poglądów, iż bez prątków w plwocinie i bez ogniskowych zmian rentgenologicznych nie wolno rozpoznawać gruźlicy. Zdaniem prelegenta, poważna praca badawcza nie może pomijać bacilemii gruźliczej, która poprzedza zmiany ogniskowe i pozwala na wczesną interwencję. Z. M. przypomina pracę W. K. Massalskiego (Medycyna, Nr 16, r. 1934), która bez względu na swą żmudność jest dostępna dla każdego oddziału szpitalnego, posiadającego mikroskop. Wyniki byłyby jeszcze lepsze, gdyby krew do badania pobierano w czasie największej gorączki.

Opierając się na pierwszych badaniach Mariana Zielińskiego (Medycyna, Nr 16, r. 1934), Z. M. rozpoczął systematyczne wstrzykiwania 10% salicylanu sodu na zmianę lub razem z chlorkiem wapnia i jest zdania, że w okresie wysiękowym gruźlicy płuc tą drogą można otrzymać całkowite wyleczenie.

Podobnie działa, zdaniem Z. M., i glikokolan miedzi w roztworze 1%, stosowany dożylnie. Po pierwszych badaniach nad tym środkiem ogłoszonych w początku br. (Medycyna, Nr 7, r. 1936), prelegent na podstawie dalszego swego doświadczenia ma wrażenie, iż wstrzykiwanie dożylne glikokolanu miedzi jest w stanie zatrzymać w rozwoju gruźlice płatowe *(lobitis)* i odoskrzelowe zapalenie płuc nawet w okresie już początkowego serowacenia.

Wreszcie ropień odciągający gruźliczy, wywołany pierwszym rozcieńczeniem szczepionki S. zmniejsza objawy toksemii gruźliczej (gorączkę) przeważnie na 4 dzień po wstrzyknięciu, o ile oczywiście ropień wystąpi.

Rozprawy nie było.

3. Kol. Szymański J.: *Przypadek ciała obcego w oskrzelu u 2-letniego dziecka* (streszczenie własne).

Dwuletnia dziewczynka podczas zabawy wzięła do ust dwie łuski naboju flobertowego. W pewnym momencie dziecko nagle zakaszlało, zsiniało, przy tym wystąpiła duszność. Wkrótce objawy powyższe ustąpiły, jednak przerażeni rodzice udali się do lekarza w Kobryniu, który orzekł, że łuski znajdują się w żołądku. Następnego dnia wystąpił ponownie kaszel i dziecko zaczęło się skarżyć na ból w klatce piersiowej. Po 48 godzinach w stolcu stwierdzono jedną łuskę naboju. Napady kaszlu utrzymywały się nadal, wobec czego dziecko przewieziono do Warszawy do Kliniki Oto-Laryngologicznej U. J. P. Wykonane zdjęcie rentgenowskie klatki piersiowej wykazało obecność ciała obcego (przypominającego kształtem łuskę naboju), tkwiącego w prawym głównym oskrzelu.

W uśpieniu chloroformowym dokonano bronchoskopii i usunięto łuskę z głównego prawego oskrzela. Stan ogólny i miejscowy po zabiegu dobry, ciepłota prawidłowa. Po trzech dniach dziecko wypisano z Kliniki.

W przypadku tym usunięto ciało obce za pomocą tracheoskopii górnej bez następczych powikłań, jak obrzęk krtani, który tak często, zwłaszcza u dzieci, występuje wtórnie i zmusza do dokonania tracheotomii.

Rozprawy nie było.

Prezes: *J. Skłodowski.*

Sekretarz doroczny: *Józef Gackowski.*

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE

Odznaczenia i wiadomości osobiste.

Prof. dr January Zubrzycki, dyrektor Kliniki Położniczo-Ginekologicznej U. J. w Krakowie, został odznaczony Złotym Krzyżem Zasługi.

Ruch w towarzystwach lekarskich i zjazdy

IV Zjazd Austriackiego Towarzystwa Oto-Laryngologów odbędzie się wspólnie z dorocznym zebraniem Węgierskiego Towarzystwa Oto-Laryngologów w Budapeszcie w dniach 17 i 18 czerwca 1938 r. Temat główny: Ropnie mózgu.

II Zjazd poświęcony sprawie niewydolności nerek odbędzie się w Evian w czasie od 21—24 września 1938 r. Sekretariat Zjazdu: 138, Avenue des Champs Elysées, Paris VIII-éme.

Różne

Z kraju

Na ogólną ilość 2.000 młodocianych robotników wysyłanych bezpłatnie przez poszczególne Ubezpieczalnie Społeczne na kolonie leczniczo-wypoczynkowe, Ubezp. Społ. w Warszawie wysyła 401, w Łodzi 143, we Lwowie 91, w Poznaniu 86, w Sosnowcu 55, w Bielsku 91, w Białej 34, w Bydgoszczy 42, w Częstochowie 29, w Drohobyczu 29, w Gdyni 42, w Grudziądzu 29, w Krakowie 94, w Lublinie 29, w Stanisławowie 29, w Stryju 29, w Szamotułach 15, w Tarnowie 19, w Toruniu 23, w Tczewie 23, w Wilnie 31, w Żyrardowie 19 — młodocianych robotników i robotnic. Kandydaci na kolonie leczniczo-wypoczynkowe wybierani są na podstawie opinii lekarzy domowych spośród najsłabiej uposażonych, źle odżywianych i znajdujących się w ciężkich warunkach pracy.

W chwili obecnej na terenie całego Państwa rentę z tytułu ubezpieczenia od wypadków w zatrudnieniu i chorób zawodowych otrzymuje 122.420 osób (poszkodowani oraz wdowy i sieroty po nich). Ile wynosi renta wypadkowa w ubezpieczeniu społecznym? Jeśli poszkodowany wskutek wypadku lub choroby zawodowej jest całkowicie niezdolny do zarobkowania, otrzymuje rentę w wysokości 2/3 przeciętnego miesięcznego zarobku (renta pełna), jeśli zaś jest częściowo niezdolny, niemniej jednak niż 10%, otrzymuje część renty pełnej równą stopniowi niezdolności do zarobkowania. Robotnik więc całkowicie niezdolny otrzymuje rentę pełną w wysokości 66 2/3% zarobku, zaś niezdolny do zarobkowania w 50% otrzymuje 50% renty pełnej, czyli 33 1/3% zarobku. Rencista wypadkowy, znajdujący się w takim stanie bezradności, że nie może się obejść bez pomocy drugiej osoby, otrzymuje dodatek dla bezradnych w wysokości 1/3 przeciętnego miesięcznego zarobku. Ten, który utracił co najmniej 66 2/3% zdolności do zarobkowania, otrzymuje również na każde dziecko dodatek w wysokości jednej dziesiątej części renty. Renta wypadkowa przysługuje od pierwszego dnia niezdolności do zarobkowania, trwającej dłużej niż cztery tygodnie. W razie śmierci pracownika wskutek wypadku lub choroby zawodowej, rentę otrzymuje po nim wdowa i sieroty. Renta wdowia wypadkowa wynosi 30% przeciętnego miesięcznego zarobku ubezpieczonego. Renta sieroca wynosi 20%, a dla sieroty bez ojca i matki 25% przeciętnego miesięcznego zarobku zmarłego. Renty sieroce wypadkowe należą się chłopcom do ukończenia 17 roku życia, a dziewczętom do ukończenia 18 roku życia; jeśli jednak sierota w chwili ukończenia tego wieku wskutek ułomności fizycznej lub umysłowej jest niezdolna do zarobkowania, renta należy się i po ukończeniu tego wieku. Dla sierot, które kształcą się w szkołach publicznych, przedłuża się pobieranie renty do 21 roku życia, a jeśli sierota kształci się w szkołach wyższych — do 24 roku życia. Jeżeli renta wdowy i sierot nie wyczerpuje 66 2/3% zarobku zmarłego, prawo do renty posiada również dalsza rodzina, tj. rodzice i dziadkowie oraz wnukowie i rodzeństwo (dzieci) na czas trwania niedostatku. Renta dalszej rodziny bez względu na liczbę uprawnionych wynosi 20% zarobku zmarłego. Suma rent: wdowiej, sierocej i dalszej rodziny nie może przekraczać 2/3 zarobku. W ciągu 9 miesięcy 1937 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych wypłacił uprawnionym do pobierania renty wypadkowej z górą 35,929.000 zł.

Pracownicy umysłowi, którzy przebyli w ubezpieczeniu przynajmniej 60 miesięcy składkowych w okresie (po 1 stycznia 1928 r.) i robotnicy 200 tygodni składkowych w okresie (po 1 stycznia 1934 r.) nabywają prawo do dalszej pomocy leczniczej na koszt Zakładu Ubezpieczeń Społecznych niezależnie od prawa do renty inwalidzkiej lub starczej — po wyczerpaniu 26-tygodniowego okresu zasiłkowego i leczenia w Ubezpieczalni, jeśli są nadal chorzy na tę samą chorobę. Dalszej pomocy leczniczej w tej samej chorobie na rachunek ubezpieczenia emerytalnego pracowników umysłowych i robotników udziela Ubezpieczalnia Społeczna tak długo, jak długo jest ta pomoc konieczna.

W pierwszych trzech kwartałach 1937 r. Ubezpieczalnia Społeczna w Warszawie wydała ogółem na świadczenia 16,453.466 zł, wobec 13,730.243 zł w tym czasie poprzedniego roku, a więc o 2,723.223 zł więcej. Ogólna liczba ubezpieczonych na wypadek choroby i macierzyństwa wynosiła na 1 października 1937 r. 374.556, wobec 310.115 w tym samym czasie 1936 r. Z sumy 16,453.466 zł ogólnych wydatków, na świadczenia wydatkowano: 2,441.312 zł na zasiłki pieniężne, 6,157.009 zł na opiekę lekarską, 2,897.942 zł na środki lecznicze i pomocnicze, 4,298.151 zł na szpitale i zakłady sanitarne, 659.052 zł na leczenie w bratnich ubezpieczalniach i na zapobieganie.

W pierwszych trzech kwartałach 1937 r. wszystkie ubezpieczalnie społeczne na terenie całego kraju w liczbie 61 (bez Górnego Śląska) wypłaciły z tytułu zasiłku chorobowego łączną sumę 7,794.855 zł. Zasiłek chorobowy, wypłacany przez ubezpieczalnie społeczne, przysługuje ubezpieczonym obowiązkowo i dobrowolnie kontynuującym ubezpieczenie na wypadek choroby po upływie 4 tygodni podlegania obowiązkowi ubezpieczenia. Zasiłek chorobowy wynosi 60% przeciętnego zarobku tygodniowego ostatnich 13 tygodni pracy przed zachorowaniem. Zasiłek dzienny wynosi 1/7 część zasiłku tygodniowego. Ubezpieczeni, posiadający na wyłącznym utrzymaniu więcej niż dwoje dziec otrzymują na każde dziecko, począwszy od trzeciego, dodatek do zasiłku chorobowego, wynoszący 5% przeciętnego zarobku tygodniowego na każde dziecko. Zasiłek chorobowy, wraz z dodatkami dla dzieci, nie może przekraczać 75% przeciętnego zarobku tygodniowego.

Według ostatnich obliczeń dokonanych przez ZUS., liczba ubezpieczonych w Ubezpieczalni Społecznej w Warszawie wynosiła na 1 października 1937 r. 383.465, zgłoszonych przez 80.82[illegible] zakładów pracy. W ciągu pierwszych trzech kwartałów 1937 r liczba ta wzrosła o 50.667.

Według ostatnich obliczeń, dokonanych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Ubezpieczalnia Społeczna w Warszawie wydała łącznie w październiku 1937 r. na same zasiłki dla chorych, leczonych przez lekarzy Ubezpieczalni, kwotę 255.519 zł Zasiłki te otrzymały w powyższym czasie 5.384 osoby za 114.17[illegible] dni choroby.

W ciągu trzech kwartałów 1937 r. ubezpieczalnie społeczne na terenie całego Państwa (bez Górnego Śląska) wypłaciły z tytułu zasiłku domowego i szpitalnego 608.069 zł. Zasiłek domowy przysługuje ubezpieczonym chorym umieszczonym przez ubezpieczalnię społeczną w szpitalu przez czas pobytu w tym szpitalu, o ile posiada na swym utrzymaniu przynajmniej jedną osobę. Zasiłek domowy wynosi 30% przeciętnego wynagrodzenia, tj. połowę zasiłku chorobowego. Ubezpieczony umieszczony w szpitalu ma prawo do zasiłku szpitalnego w wysokości 12% wynagrodzenia, jeśli nie ma nikogo na swym utrzymaniu.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych podaje do wiadomości, że na podstawie orzeczenia Najwyższego Trybunału Administracyjnego, członkowie osób prawnych pochodzący z wyboru, podlegają obowiązkowi ubezpieczenia pracowników umysłowych na równi z innymi pracownikami umysłowymi niezależnie od tego, czy pobierają za swoje czynności określone wynagrodzenie, czy też pełnią je z jakichkolwiek pobudek bezpłatnie. Członkowie ci mogą być jednak zwolnieni od obowiązku ubezpieczenia na własne żądanie.

Z inicjatywy redaktora naczelnego „Nowin Społeczno-Lekarskich" dra Fr. Rodziewicza odbyła się konferencja wydawców czasopism ogólno-lekarskich. W konferencji wzięli udział dr W. Grott — przedstawiciel „Medycyny", dr W. Knappe — przedstawiciel „Warsz. Czasop. Lek.", dr R. Matuszewski — przedstawiciel „Nowin Lekarskich", dr J. Nowak — przedstawiciel „Nowin Społ.-Lek." i dr Fr. Rodziewicz. Postanowiono utworzyć komitet porozumiewawczy, celem wzajemnego informowania się o zagadnieniach związanych z prowadzeniem powyższych wydawnictw i uzgodnienia spraw związanych z ogłoszeniami firm farmaceutycznych i akwizycją ogłoszeń.

W ciągu pierwszych trzech kwartałów 1937 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych wypłacił tytułem zaopatrzeń starczych sumę 7,874.471 zł. Ilość osób, korzystających z zaopatrzeń wynosiła na 1 października 1937 r. 41.983. Zarówno sumy wypłacone na zaopatrzenia, jak i liczba osób otrzymujących je wykazują stały wzrost; w ciągu całego 1936 r. wypłacił ZUS z tego tytułu sumę 9,844.300 zł, zaś liczba korzystających z zaopatrzeń na koniec 1936 r. wynosiła 38.000 osób.

Liga Narodów w sprawie narkotyków. Liga Narodów zdaje sprawę z wyników otrzymanych przez komisję upoważnioną do obliczenia ilości potrzebnych narkotyków. Zaznacza naprzód komisja, że z 63 państw i 104 okręgów, w których kontrola jest raczej utrudniona, otrzymuje coraz liczniejsze i dokładniejsze wiadomości, bo kiedy w roku 1933 tylko 45 państw podało dokładne dane, to w latach następnych było tych państw 54, 59 aż wreszcie w roku ubiegłym 63. Jednocześnie wzrasta dokładność podanych liczb. Wedle obliczeń zapotrzebowanie na rok 1938 wynosi 45.638 kg morfiny (w 1937 r. liczba ta wynosiła 40.976). Z tej ilości odpada na przeróbkę na heroinę 1.133 kg, na kodeinę 29.921 kg, na dioninę 3.089 kg. Zapotrzebowanie kokainy wynosi 5.032 kg (w roku ubiegłym 4.976). Inne narkotyki stanowią nuniejsze ilości. Zapotrzebowanie ich ogranicza się do jednej tony. Liga Narodów w dalszym ciągu usiłuje te liczby poddać najściślejszej kontroli i możliwie dokładnie je określić. (Oddział informacyjny, 16 grudnia 1937 r.).

Anglia

W Anglii wzrasta liczba zachorowań z powodu czerwonki; we wrześniu r. 1936 zgłoszono 92 przypadki czerwonki, a w tym samym miesiącu 1937 r. 322 zachorowania; w październiku 1936 r. 123 a w tym samym miesiącu 1937 r. 245 przypadków czerwonki.

Stany Zjednoczone A. P.

W Stanach Zjednoczonych corocznie występuje milion zakażeń rzeżączką. W obserwacji i w stałym leczeniu pozostaje 493.000 osób. Średnim wiekiem, na który przypada zakażenie rzeżączką, jest 29 rok życia u rasy białej, a 24 rok życia u rasy czarnej.

Szwecja

W r. 1929 powstał w Sztokholmie komitet dla badania rokowania przy kile. Komitet ten ogłosił pierwszy raport o pewnej liczbie przypadków kiły leczonych w szpitalu Saint-Göran w Sztokholmie w r. 1913. Z zestawionych przypadków 47 zmarło, 140 jeszcze żyje. Z 47 zmarłych tylko w pięciu bezpośrednią przyczyną zgonu była kiła, u dwudziestu czterech inne choroby (zapalenie płuc, gruźlica itp.), a w osiemnastu przypadkach trudno było rozstrzygnąć, czy przyczyną zgonu była kiła. Autor raportu zaznaczył w końcu, że śmiertelność z powodu kiły wzrosła o 50%.

Japonia

Statystyki japońskich urzędów sanitarnych wykazują, że ważną przyczyną zgonów w Japonii są zatrucia. W r. 1935 np. zanotowano 14.942 przypadków zatruć, z czego 8.515 w celach samobójczych.

Afryka

W Kongo Belgijskim w Léopoldville wybudowano nowe laboratorium lekarskie, położone w pobliżu instytutu radiograficznego i miejscowego szpitala. Zespół tych gmachów nazwano „instytutem podzwrotnikowej medycyny". Nowe laboratorium zostało najnowocześniej wyposażone.

Redakcja otrzymała

K. Bross: List dra Karola Marcinkowskiego do Księcia Augusta Sułkowskiego. Odb. z „Med. Prakt.". Z. 10. 1936.

K. Bross: Dwa listy dra Karola Marcinkowskiego do Anzelma Chłapowskiego. Odb. z „Med. Prakt.". Z. 9. 1936.

K. Bross: Choroba i śmierć dra Karola Marcinkowskiego (1800—1846). Odb. z „Med. Prakt.". Z. 5. 1936.

K. Bross: Listy dra Karola Marcinkowskiego do dra Ludwika Gąsiorowskiego. Odb. z „Med. Prakt.". Z. 10. 1936.

K. Bross: Recepta lekarska dra Karola Marcinkowskiego Odb. z „Med. Prakt.". Z. 3. 1937.

K. Bross: Nieznany list dra Ludwika Gąsiorowskiego z więzienia w r. 1846 . Odb. z „Med. Prakt.". Z. 5. 1937.

K. Bross: List Ludwika Bierkowskiego do Ludwika Gąsiorowskiego. Odb. z „Med. Prakt.". Z. 13. 1937.

A. Lafont, A. Grimberg i *S. Mutermilch:* Dictionnaire des examens laboratoires. Wyd. Vigot Frezes, Paryż 1938. Cena: 120 fr.

Podręcznik diagnostyki i terapii pod red. dra M. Millera (I choroby nerwowe, II oczu, III nosa, ucha, gardła, krtani, IV choroby dzieci). Warszawa 1938. Skład główny: Księgarnia F. Miller. Warszawa, Świętokrzyska 1.

K. Karelus: Patologia oka w życiu płodowym i o uszkodzeniach ocznych podczas i z powodu porodu. Odb. z „Klin. Ocznej". Z. 5. 1937.

E. Güntz: Schmerzen und Leistungsstörungen bei Erkrankungen der Wirbelsäule. Wyd. F. Enke, Stuttgart 1937. Cena: 15.20 RM.

E. Rehn: Der Schock und verwandte Zustände des autonomen Systems. Wyd. F. Enke, Stuttgart 1937. Cena: 2.60 RM.

D. Scherf: Klinika i leczenie chorób serca i naczyń w tłum. H. Rasolta. Wyd. „Ars Medici". Warszawa 1938.

Akuszerstwo i Gynekologia. 9—10. 1937.

K. Mikulski: Krótki zarys nauki o bliźniętach (gemelliologia). Nakł. Księg. B-ci Detrychów. Płock 1937. Cena: 5.50 zł.

P. Köhler: Übungstherapie bei rheumatischen Erkrankungen. Wyd. Th. Steinkopff. Drezno-Lipsk 1938. Cena: 5 RM.

A. Slauck: Anleitung zur Klinischen Analyse des infektiösen Rheumatismus. Wyd. Th. Steinkopff. Drezno-Lipsk 1938. Cena: 5 RM.

V. Grignard: Précis de chimie organique. Wyd. Masson, Paryż 1937. Cena: 175 fr.

N. T. Deleanu, R. Fabre i *L. Coniver:* Index médico-pharmaceutique. Wyd. Masson, Paryż 1937. Cena: 150 fr.

Réunions Médico-chirurgicales de Morphologie. Compt. rend. de Séances. Nr 7. 1937.

W. Ławrynowicz: Wysięki krwawe opłucnej. Odb. z „Gruźlicy". Nr 5. 1937.

M. Szulc-Garmatowa: Krótkotrwały przebieg i samorodne wyleczenie ropnia płuc. Odb. z „Gruźlicy". Nr 3. 1937.

E. Kozłowska: Tętniaki tętnicy bezimiennej. Odb. z „Medycyny". Nr 10. 1937.

W. Klussmann: Jahrbuch der Zahnheilkunde 1938. Wyd. Hippokrates-Verlag Marquarzt et Cie. Stuttgart-Lipsk, 1938. Cena: 4.50 RM.

Smithsonian Institution Bureau of American Ethnology, Bulletin 115. Journal of Rudolph Friederich Kurz. Unit. Stat. Governement Print. off. Washington 1937. Cena: 60 cent.

Smith. Inst. Bur. of Am. Ethn., Bulletin 116. Ancient caves of the great salt lake region — przez J. H. Steward. Washington 1937. Cena: 25 cent.

Z. M. Bacq: L'acétylcholine et l'adrénaline. Wyd. Masson, Paryż 1937. Cena: 20 fr.

N. Fiessinger: Les explorations fonctionnelles. Wyd. Masson Paryż 1937. Cena: 70 fr.

R. Rivoire: Les acquisitions nouvelles de l'endocrinologie Wyd. Masson, Paryż 1937. Cena: 45 fr.

J. M. Ramadier i *R. Caussé:* Traumatismes de l'oreille. Wyd. Masson, Paryż 1937. Cena: 45 fr.

R. Grégoire i *R. Couvelaire:* Apoplexies viscérales séreuses et hémorragiques (infarctus viscéraux). Wyd. Masson, Paryż 1937. Cena: 50 fr.

K. Hofmeier: Die Bedeutung der Erbanlagen für die Kinderheilkunde. Wyd. F. Enke, Stuttgart 1938. Cena: 11,60 RM.

E. Schneider: Die Vitamine in der Chirurgie. Wyd. F. Enke Stuttgart 1937. Cena: 3,50 RM.

W. Stepp, J. Kühnau i *H. Schroeder:* Die Vitamine und ihre klinische Anwendung. Wyd. F. Enke, Stuttgart 1938. Cena: 8 RM.

J. Tinel: Le système nerveux végétatif. Wyd. Masson, Paryż 1937. Cena: 160 fr.

R. Savignac: Lettres a un jeune porticien sur les maladies de l'anus et du rectum. Wyd. Masson, Paryż 1937. Cena: 26 fr.

H. Mondor: Diagnostics urgents. T. I—II. Wyd. Masson, Paryż 1937 Cena: 210 fr.

CENY OGŁOSZEŃ	1/1	1/2	1/4	1/8	1/16
okładki i w tekście miejsca zastrzeżone	zł 220.—	zł 120.—	zł 65.—	zł 35.—	—
Inne strony	zł 180.—	zł 100.—	zł 55.—	zł 30.—	zł 20.—

Załączenie do nakładu pisma wkładek reklamowych od zł 220.—

PRENUMERATA KWARTALNA

w kraju . . . . zł 10.—

za granicą . . . . zł 17.—

Adres Redakcji i Administracji: Lwów, ul. Rutowskiego 9